МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА И КОНФЕРЕНЦИИ

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

ЧЕТВЕРТЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ,

ПОСВЯЩЕННЫЙ 90-летию ФГБУ «ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ им.В.П.СЕРБСКОГО»

«МОДЕРНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ – НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

(организационные, терапевтические и профилактические аспекты)»

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ»

Москва, 2011

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

ЧЕТВЕРТЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ,
ПОСВЯЩЕННЫЙ 90-летию ФГБУ «ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ им.В.П.СЕРБСКОГО»

МОДЕРНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ – НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

(ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

****

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ

Материалы конгресса и конференции

Под редакцией З.И. Кекелидзе и В.Н. Краснова

Москва
12-14 декабря 2011г.

УДК 616.89
ББК 56.14
К33

К33 Четвертый национальный конгресс по социальной психиатрии, посвященный 90-летию ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского». Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (организационные, терапевтические и профилактические аспекты).

Всероссийская конференция Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным. / Под редакцией З.И. Кекелидзе и В.Н. Краснова. – СПб: Айсинг, 2011. - 474 с.

Сборник включает в себя научные материалы, представленные и обсужденные на Четвертом национальном конгрессе по социальной психиатрии, посвященном 90-летию Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского «Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (организационные, терапевтические и профилактические аспекты)» и Всероссийской конференции « Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным», Москва, 12-14 декабря 2011 г.

Для психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, организаторов здравоохранения.

© Кекелидзе З.И., Краснов В.Н., 2011
© Группа авторов, 2011
© ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского» Минздравсоцразвития РФ
© ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития РФ

ISBN 978-5-91753-045-1

ЧЕТВЕРТЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ,
ПОСВЯЩЕННЫЙ 90-летию ФГБУ «ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ им.В.П.СЕРБСКОГО»

МОДЕРНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ – НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

(ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Москва
12-14 декабря 2011г.

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Редакционная группа*:*

Б.С. Положий (ответственный редактор),

Е.В. Макушкин, А.А. Портнова, А.Ткаченко

ОГЛАВЛЕНИЕ

Социальная психиатрия и организация психиатрической помощи.....6

Детская и подростковая психиатрия..... 62

Судебная психиатрия 123

Геронтопсихиатрия..... 154

Клинический психоанализ..... 166

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ОПЫТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА ПСИХИАТРОВ И ИНТЕРНИСТОВ

Абрамова И.В., Пархоменко И.М.
ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», Москва

Распространенность психических расстройств в общей медицинской практике (ОМП) по данным различных исследователей составляет от 30 до 70%. Для успешной диагностики и терапии психических расстройств ОМП необходимо активное междисциплинарное сотрудничество врачей - интернистов и психиатров.

Цель исследования: анализ опыта 20-летней работы психиатров в стационарном учреждении ОМП.

Материалы и методы исследования: оценка 500 пациентов терапевтического стационара клиническим, клинико-психопатологическим и психометрическим методами.

Результаты: в течение 20 лет сотрудники психосоматического отделения ГНЦССП им. Сербского работают в тесном взаимодействии с врачами - интернистами, терапевтами, кардиологами, гастроэнтерологами в Факультетской терапевтической клинике им. Виноградова кафедры факультетской терапии 1ММГУ им. И.М.Сеченова. За прошедший период отмечается неуклонное возрастание потребности в консультировании и терапии психиатрами. Если в первое время количество консультируемых пациентов составляло 300-500 человек в год, то в последние 5 лет достигает 1000 и более. С учетом общего количества пациентов клиники (3000 в год) это составляет 30% от всех больных. В процессе совместной работы сформулированы клинические критерии для направления на консультацию к психиатру, а также клинические критерии совместной курации. Организатором диагностического и лечебного процесса при этом всегда является интернист. Консультация психиатра носит обычный характер наравне с другими необходимыми консультациями. В процессе терапии в зависимости от актуального расстройства - соматического либо соматизированного психического происходит взаимодействие врачей разных специальностей. Ведущим специалистом является либо интернист (психиатр дополнительный), либо психиатр (интернист дополнительный). Юридической основой консультирования является информированное согласие пациента и партнерский характер взаимоотношений врач-больной в процессе обследования. Клинический анализ психосоматических отношений в выборочной группе из 500 пациентов подтвердил, что существуют как общие механизмы формирования психосоматических расстройств, так и частные варианты, обусловленные аффинитетом психопатологических синдромов в различных специализированных отделениях.

Заключение: развитие психиатрии «взаимодействия-консультирования» как междисциплинарного сотрудничества психиатрии и общей медицины определяется запросами современного здравоохранения. Этот вид высококвалифицированной специализированной психиатрической помощи значительно расширяет терапевтические возможности как психиатров, так и врачей-интернистов.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Азаева Г.Д.
Республиканский клинический психоневрологический диспансер
Республики Дагестан,
Махачкала

Модернизация здравоохранения, включая модернизацию психиатрической службы, требует стандартизации диагностических, лечебных и реабилитационных услуг и лекарственного обеспечения не только на федеральном уровне, но и на уровне медицинских организаций (психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров). В субъектах Российской Федерации потребность в таких нормативных документах велика. Для их разработки в республиканском психоневрологическом диспансере (РПНД) Республики Дагестан проведено научное исследование, **целью** которого являетсявыявление клинических, социально-демографических и клинико-экономических особенностей больных шизофренией, их потребностей в получении диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий и, на этой основе, разработка дифференцированных подходов к оказанию психиатрической помощи в рамках стандартов медицинской помощи.

Материалы исследования: проведено сплошное клинико-эпидемиологическое исследование всех больных шизофренией, проживающих в Советском районе г. Махачкалы, численностью 213 человек, получавших психиатрическую помощь в условиях амбулаторно-поликлинического отделения РПНД Республики Дагестан.

Методы исследования: клинико-эпидемиологический, социально-демографический, клинический, клинико-экономический, математико-статистический.

Результаты исследования: среди исследуемых пациентов 56% составляли мужчины и 32% - женщины. Наиболее представлены возрастные группы 31-40 лет – 34% и 41-50 лет – 25%. 41% пациентов были холосты (не замужем) и проживали в родительских семьях либо в семьях ближайших родственников, 40% имели собственные семьи. Большинство пациентов имели среднее образование (63%), 15% имели высшее образование. У 58% пациентов диагноз шизофрении был установлен более 10 лет назад. Средняя стоимость лекарственного обеспечения в расчете на 1 больного в год за 2008-2010 г.г. в амбулаторных условиях не превышала 5000,00 руб. и на 67% обеспечивалась родственниками пациентов. На основании проведенного изучения клинических, социодемографических и клинико-экономических характеристик больных шизофренией для осуществления диспансерного наблюдения и лечения выделено 4 модельные группы пациентов: впервые заболевшие, длительно болеющие, сохраняющие трудоспособность, инвалиды. Для каждой из выделенных моделей на основе проектов федеральных стандартов для каждого этапа реабилитации (подразделения РПНД) разработаны стандарты медицинской организации диагностики, лечения и реабилитации больных с учетом имеющихся в Республике психиатрических ресурсов. Кроме того, определены критерии качества лечебно-реабилитационных мероприятий для каждой модели пациентов, отражающие требования к состоянию пациента на момент окончания лечения на каждом из этапов реабилитации (стационар, дневной стационар, стационар на дому, поликлинические условия). Медицинские услуги (в соответствии с потребностями пациентов и возможностями РПНД, мало отличаются от проекта федеральных стандартов. Лекарственное обеспечение, главным образом, представлено традиционными нейролептиками, т.к. финансовые возможности РПНД не позволяют закупать современные препараты.

ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Акжигитов Р.Г., Гудкова А.А., Дачевская И.И., Гехт А.Б.
Специализированная клиническая больница №8 им. З.П. Соловьева – «Клиника неврозов», Москва

Московская «Клиника неврозов» на протяжении многих лет является крупнейшим в стране стационаром, осуществляющим лечение больных с психосоматическими расстройствами. Ежегодно в клинике проходят лечение около 8500 пациентов, у большинства из которых (свыше 72%) в той или иной степени представлены психосоматические соотношения: психические нарушения вследствие соматического расстройства, соматоформные дисфункции вегетативной нервной системы, органные неврозы, болевые синдромы или сочетание психических расстройств с хроническими соматическими. Причем у одного больного диагностируется в среднем 3-4 сопутствующих заболевания.

Залогом успешности терапии психосоматических расстройств является своевременная и точная диагностика как психической, так и соматической составляющих имеющегося у пациента расстройства. В ряде случаев требуется обследование с применением средств лабораторной, эндоскопической, функциональной, магнитно-резонансной диагностики. Комплексные терапевтические программы составляются индивидуально с учетом наличия показаний и противопоказаний к применению каждого из фармакологических, психотерапевтических, физиотерапевтических и биологических факторов. При этом 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 стационирования, но и в последующем, на этапе поддерживающей терапии. Сбалансированность перечисленных мероприятий позволяет добиваться улучшения самочувствия у 84% выписываемых пациентов.

В последние годы все большее внимание уделяется выявлению психических расстройств у пациентов соматических стационаров и в амбулаторно-поликлинической сети. Устоявшимися и узаконенными понятиями стали такие направления исследований, как психоневрология, психокардиология, психоэндокринология, психогастроэнтерология и другие. Отмечается, что при проведении адекватной диагностики и своевременном назначении сочетанной сомато- и психотропной фармакотерапии удается достичь устойчивой редукции болезненных проявлений в более короткие сроки и с более продолжительным эффектом. В настоящее время рассматриваются возможности интеграции Клиники в структуру многоуровневой системы оказания медицинской помощи, определения ее ниши в системе отбора и маршрутизации больных после проведения им экстренных мероприятий. Это позволит, наряду с лечением собственно невротических и связанных со стрессом расстройств, восполнить городской дефицит реабилитационных коек с адресным персонифицированным восстановительным лечением, добиться снижения уровня стигматизированности психиатрии, боязни и предубежденности населения в отношении консультирования и лечения у психиатра, что в конечном итоге, позволит своевременно и качественно оказывать специализированную медицинскую помощь.

Расширение контактов и преемственности между ЛПУ психиатрического профиля и общемедицинской сети, внедрение дополнительных образовательных программ как среди специалистов, так и населения в целом, могли бы способствовать снижению темпов роста психосоматических расстройств в обществе, улучшению их выявляемости и оптимизации лечения.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОДГОТОВКИ И ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

М.А. Алиев
Дагестанский республиканский психоневрологический диспансер, Махачкала

В последнее годы в Дагестане особое внимание уделяется внедрению возможностей социальной работы в психиатрии. Для этого нами предложен заказ социальному факультету Дагестанского государственного университета на практическую подготовку студентов по специальности «Социальная работа» по разработанной модели, в основу которой положены принципы гуманистической педагогики.

Большой популярностью у студентов-практикантов пользуются тренинговые групповые занятия по медико-социальной реабилитации, которые проводятся на базе психоневрологического диспансера преподавателями социального факультета и психологами диспансера с целью формирования представлений студентов о собственных ресурсах пациента, его семьи и развития навыков партнерских отношений.

Производственная практика предполагает закрепление каждого студента-практиканта за одним из сотрудников больницы с выполнением индивидуальных занятий в процессе обучения. На заключительных этапах этой подготовки студентам предлагается осваивать новые навыки работы с больными, страдающими психическими расстройствами: подготовка и ведение групповых социально реабилитационных занятий; проведение тренингов социальных навыков, общения, самоуважения, уверенного поведения, независимого проживания; делопроизводство в медицинском учреждении.

Данная модель практической подготовки ориентирует будущих специалистов на то, что для преодоления отчуждения между психиатрической службой и обществом необходимо соблюдать принципы психиатрической этики: стремиться к достижению баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

С 2010 г. в повседневную работу Дагестанского РПНД внедрены методы комплексного воздействия на больного, страдающего психическим заболеванием, со стороны врача-ординатора, психолога и специалиста по социальной работе. Одновременное воздействие на больного со стороны врача, осуществляющего медикаментозное лечение, психолога, проводящего психологическую диагностику, коррекцию и реабилитацию, и специалиста по социальной работе, обеспечивающего социальное благополучие клиента, способствует формированию более качественной ремиссии. Вследствие этого повторное поступление больного на стационарное лечение отодвигается на более длительный срок, а это - один из основных показателей работы любого лечебного учреждения.

Проблема медико-социальной реабилитации психически больных с применением широкого комплекса лечебно-восстановительных мероприятий в условиях стационарного лечения приобретает все большую значимость. Проанализировав результаты включения медико-социальной реабилитации в повседневную практику Дагестанского РПНД, мы выявили необходимость индивидуализации проводимых мероприятий.

Комплексный подход бригады специалистов к лечению и реабилитации больных, страдающих психическими расстройствами, преследует цель активизировать их потенциальные возможности: повысить интерес к жизни, восстановить социальный статус, с одной стороны, и адаптировать к условиям общественной жизни, с другой, а также строго соблюдать гражданские права пациентов, что является неотъемлемой частью гуманистических принципов психиатрии.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕРАПИИ КОНВЕРСИОННЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОМ НАПРЯЖЕНИИ У РАБОТНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР

Асанов А.О.
ГУЗ «ПНД» МЗ КБР, Нальчик

В период 2004 - 2011 гг. с целью выявления этнокультуральных особенностей конверсионных расстройств в КБР проведено исследование более 300 пациентов с конверсионными расстройствами в рамках различных диагностических категорий по МКБ – 10. Набор пациентов проводился в отделении пограничных состояний и дневном стационаре ГУЗ «ПНД» КБР. Исследование проводилось с помощью клинико-психопатологического, клинико-анамнестического и патопсихологического методов. Использовались психометрические шкалы. Для определения бессознательных механизмов психологической защиты применялась экспериментально - психологическая методика «Индекс жизненного стиля» Келлермана-Плучека, для определения осознанных механизмов совладания со стрессом - «Индикатор жизненных стратегий» - копинг-тест Лазаруса.

В республике в последние годы в значимой степени участились покушения на жизнь и убийства милиционеров, обстрелы постов ДПС приверженцами радикального ислама. Привлекает внимание рост обращаемости за помощью работников силовых структур, страдающих конверсионными расстройствами. Выявлены различные невротические расстройства, которые начинаются с четких кратковременных конверсионных реакций в виде хорошо известных псевдоневрологических истерических расстройств. Впоследствие они реализуются в конверсионные неврозы и расстройства адаптации, а у лиц участвовавших в боевых столкновениях - в ПТСР. Видимо это, свидетельствует об общности этиопатогенетических механизмов всех этих расстройств. Интересными оказались результаты, полученные при изучении механизмов психологической защиты и копинг поведения с помощью соответствующих опросников. Обнаружена диссоциация между сознательными (декларируемыми) механизмами защиты и бессознательными.

Анализ клинической картины и субъективного отчета пациентов выявил высокий уровень тревоги, а как наиболее дезадаптирующий фактор – длительное чувство неопределенности ситуации, вообще не декларируемое. Вместе с тем, во всех случаях отмечались очевидные для окружающих нарушения псевдоневрологического характера и рентные установки.

Условием для развития конверсионных расстройств является психогенный фактор. Однако одно лишь определение психогении как ведущего звена развития этих патологических состояний недостаточно, необходима качественная детализация. Даже самое сильное эмоциональное напряжение, соответствующее мотиву деятельности, завершающееся ожидаемым результатом, не приводит к развитию эмоционального стресса или реактивного состояния. Поскольку определяющим фактором является субъективная (психологическая) оценка воздействия, следовательно, стратегия профилактики данных состояний должна строиться с учетом прицельного воздействия на механизмы регуляции и включения компенсаторных механизмов индивидуально для каждого пациента.

ОСТРЫЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У РОДСТВЕННИКОВ ЛИЦ, ПОГИБШИХ В АВИАКАТАСТРОФЕ ПОД Г. ЯРОСЛАВЛЕМ

И.А. Бедина, В.П. Цекин, Г.К. Дашкина, В.Е. Рощеня
ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», Москва

В последние годы наблюдается увеличение числа техногенных и антропогенных чрезвычайных ситуаций, среди которых особое место по своим масштабам и последствиям занимают авиакатастрофы. 07.09.11 г. вблизи г. Ярославля потерпел крушение самолет ЯК-42, в результате которого погибли 44 человека.

Специализированная помощь родственникам погибших оказывалась с 08.09.11 г. по 10.09.11 г. и включала в себя медико-психологическое сопровождение пострадавших при проведении с ними следственных мероприятий и оформлении соответствующих документов, при опознании родственниками тел погибших, во время их отпевания и проведения гражданской панихиды, а также при процедуре погребения тел погибших на кладбище.

Следует отметить, что за указанный период помощь была оказана 153 родственникам погибших (71 женщине и 82 мужчинам). Анализ острых стрессовых расстройств у пострадавших показал, что у 95% из них наблюдались расстройства тревожно-депрессивного и депрессивного спектра. В части случаев такие состояния характеризовались тревогой с элементами психомоторного возбуждения, избеганием одиночества, диссомническими расстройствами (трудности засыпания, тревожный, поверхностный сон с кошмарными сновидениями), вегетативной лабильностью. В ряде случаев в клинической картине острых стрессовых расстройств на первый план выходили симптомы угнетения настроения, психомоторного торможения, ощущение внутреннего напряжения, чувство вины перед погибшими, потеря возможности плакать, диссомнические расстройства (тревожный сон с ранними утренними пробуждениями без последующего засыпания), симптомы вегетативной лабильности. Необходимо подчеркнуть, что в 5 случаях указанная симптоматика сопровождалась суицидальными высказываниями. У некоторых пострадавших (преимущественно лиц мужского пола) имеющиеся расстройства усугублялись состоянием алкогольного опьянения. Следует отметить, что состояние 5% пострадавших определялось диссоциативными (конверсионными) реакциями различной степени выраженности.

Медико-психологическая помощь пострадавшим включала психотерапевтическое вмешательство с использованием когнитивных, суггестивных методов и релаксационных психотерапевтических приемов. Выбор психотропного препарата зависел от преобладания в спектре его психофармакологической активности седативного действия и незначительной выраженности побочных расстройств.

Таким образом, выраженность и неоднородность острых стрессовых расстройств указывали на своевременность организации психолого-психиатрической помощи родственникам погибших в авиакатастрофе под г. Ярославлем. Высокая вероятность развития хронических стрессовых расстройств у пострадавших определяет необходимость долгосрочного оказания им медико-психологической помощи.

О РЕЗУЛЬТАТАХ И НАПРАВЛЕНИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Беккер И.М.
Набережночелнинский ПНД РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева

Осуществленный в последнее десятилетие «коперниковский поворот» в психиатрии от децентрализации к централизации службы, привел к повсеместному упразднению межрайонных отделений ЦРБ и низового звена. Декларированное на предыдущем съезде психиатров России сокращение коечного фонда с одновременным расширением амбулаторного звена, осталось декларацией в части расширения внебольничного звена. Вместе с тем, если бы эта часть свершилась, то это, по сути, и означало бы модернизацию. В г. Набережные Челны в стационаре, обслуживающим население в 600 тыс. человек, функционирует 170 взрослых и 30 детских психиатрических коек. Специалистам не нужно объяснять, насколько это мало. Но, в течение 38 лет, при одновременном развитии стационарзамещающих технологий, удавалось справляться с ситуацией. Таким образом, само по себе сокращение коек – еще не приговор психиатрии. Чего не хватает? Развернутой участковой сети. Конечно, кадровый голод привел к тому, что без «возвышения» статуса участкового психиатра до положения участкового терапевта, мы не обеспечим возможного увеличения штатных нормативов. Вообще, вызывает удивление отношение реформаторов к участковому звену социально-значимых служб – они настолько значимы, что бесценны). Если бы не бездумная оптимизация всего и вся, можно было бы не только не сокращать, но увеличить количество специалистов по социальной работе и психологов. Тогда бригадное обслуживание от деклараций перешло бы к реальной помощи. Мы считаем, что для проведения истинной модернизации необходимо осуществить следующее:

1. освободить психиатрическую службу от обслуживания военкоматов, когда вся амбулаторная сеть страны на полгода десантируется в оборонное ведомство. Об этом в 1988 г. на последнем (8-м) съезде невропатологов, психиатров и наркологов СССР говорил еще Г.В. Морозов, а в 2006 г. повторил В.В, Путин);

2. увеличить штаты амбулаторного звена из расчета передачи сэкономленных от оптимизации коечного фонда средств поликлиническому звену и стационарзамещающим технологиям (как это предлагалось Т.Б. Дмитриевой);

3. увеличить количество специалистов по социальной работе и психологов, обслуживающих население во внебольничных условиях, хотя бы до тех штатных нормативов, как это было задумано при внедрении данной категории сотрудников в психиатрию;

4. восстановить систему хозрасчетных ЛПМ, отменив соответствующий приказ 1995 г.;

5. отменить монетизацию льгот и восстановить обеспечение амбулаторных больных медикаментами по клиническим показаниям; децентрализовать психиатрическую службу, то есть вернуться к вектору развития с 1924 по 2006 год, показавшему свою эффективность в исторической перспективе;

6. отказаться от оценки качества работы по показателям КСГ, как антигуманных и антипсихиатрических, т.к. истинной оценкой качества психиатрической помощи является повторность госпитализаций в течение года, показатели динамики инвалидности и количество общественно-опасных действий психически больных.

Таким образом, для модернизации психиатрической помощи ничего особо нового придумывать не нужно. Требуется просто оценить как ошибочные многие последние шаги в организации психиатрической службы и медицины вообще.

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Букреева Н.Д.
ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Психические заболевания – вторая по значимости причина потери трудоспособности – 15,4%. В мире по величине затрат психические расстройства занимают 4 место – $ 56 млрд. (Агентство исследований систем здоровья США, 2008 г.) В США расходы в связи с психическими расстройствами составляют 8%, а в развитых странах Западной Европы – до 14% от общего бюджета здравоохранения (ВОЗ, 2005).

В нашей стране затраты на оказание психиатрической помощи нуждаются в целесообразном перераспределении. Рационализации затрат препятствует несовершенство отечественного законодательства в области охраны здоровья граждан. Введение в действие в 2005 г. ряда законодательных и нормативных актов, регулирующих финансирование затрат на охрану здоровья населения, в т.ч. ФЗ №95, 131 и др., привело к сокращению количества психоневрологических диспансеров за 5 лет на 16%; психиатрических кабинетов за 5 лет на 5%; сокращению мест в ЛПМ – за 5 лет более, чем в 2 раза. В результате этого нарушены принципы приближения психиатрической помощи к населению в малых городах и сельской местности и преемственности при ее оказании, что, в свою очередь, повлекло за собой рост повторных госпитализаций, увеличение продолжительности стационарного лечения, инвалидизации пациентов, увеличение затрат на оказание психиатрической помощи и выплат по инвалидности.

Высокая социальная значимость психических расстройств в повышении безопасности страны и решении демографических проблем требует осуществления комплекса специальных мероприятий:

- планирование реструктуризации психиатрических учреждений, развитие и увеличение мощности внебольничных и полустационарных подразделений психиатрической службы;
- оснащение лечебных учреждений оборудованием для диагностики и лечения психических расстройств;
- обеспечение бесперебойного и в полном объеме снабжения психически больных психотропными (в т.ч. современными) лекарственными препаратами в амбулаторных и стационарных условиях; разработка биологических основ психических и психосоматических расстройств с целью создания новых лекарственных препаратов для терапии больных;
- внедрение новых методов диагностики, лечения и реабилитации психических расстройств, включая методы психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, и их методическое обеспечение;
- внедрение методов комплексной (медицинской, психологической, социальной, организационной и др.) профилактики повторных общественно опасных действий психически больных;
- совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного и специализированного звена здравоохранения за счет разработки и проведения образовательных программ в области психиатрии, создания модели совместного ведения пациентов, имеющих в качестве сопутствующих психические расстройства).

Решение этих проблем требует использования целевых методов финансирования. В связи с этим с особой остротой встает проблема включения подпрограммы «Психические расстройства» в государственную программу «Развитие здравоохранения» до 2020 г. Ее утверждение и реализация будет способствовать повышению безопасности и обороноспособности страны, сохранению ее трудового потенциала, решению демографических проблем.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА У ЛИЦ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ

Буркин М.М., Антонен Е.Г., Хяникяйнен И.В., Базарова Е.Н.
Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск

Неблагоприятные социальные факторы, вызывая острый или хронический стресс, воздействуют на организм человека, приводят к эмоциональному возбуждению, которое оказывает непрерывное генерализованное влияние на соматовисцеральные функции. Нарушение церебровисцеральных взаимоотношений способствует возникновению соматоформной вегетативной дисфункции, артериальной гипертензии, а в дальнейшем и хронической ишемии мозга (ХИМ), инициальной стадией которой являются начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения.

Цель исследования: изучить социальные предикторы хронической ишемии мозга у лиц организованных коллективов и разработать алгоритм их психотерапевтической реабилитации.

Материалы и методы. Исследование проводилось посредством письменного самоанкетирования 108 военнослужащих г Петрозаводска (пациентов с ранними формами ХИМ), средний возраст 41±7 лет, гендерный индекс 1:1. Контрольную группу здоровых составили 35 человек, средний возраст 34±7 лет. По половозрастному составу группы были однородны ($p<0,05$). Кроме того, использовали: ультразвуковую допплерографию брахиоцефальных артерий и транскраниальную допплерографию («Сономед 300» ООО «Спектромед», М., 2003), для обработки данных — программный пакет Statistica 6.0 для Windows.

Результаты. У лиц с ранними формами ХИМ, по сравнению с лицами контрольной группы, выявили: снижение линейной скорости кровотока (см/с) по передней (45,88±10,3 — справа, 46,15±11,48 — слева), средней (60,35±13,08 — справа, 60,34±12,95 — слева), правой задней (37,44±8,22) мозговым артериям, позвоночным артериям (28±6,95 — справа, 28,24±6,74 — слева) (соответствующие показатели в контрольной группе составили: 55,19±6,14; 55,41±6,14; 65,3±6,48; 67,39±6,15; 42,17±1,15; 35,1±4,42; 33,67±6,9) ($p<0,05$). 90,7% исследуемых лиц с ранними формами ХИМ испытывали на себе влияние эмоционального стресса при тяжелом субъективном его переживании (77,8%) и высоком личностном самоконтроле (31,5%). Структура социальных факторов риска, приводящих к возникновению сосудистого заболевания головного мозга у декретированных лиц, выглядела следующим образом: служебные сборы и экстренные построения по тревоге (93,5%), ненормированный рабочий день со «скользящим» графиком и переработками (80,5%), ночные дежурства (77,8%), служебные командировки (в том числе в «горячие» точки) (46,3%), отсутствие своего жилья (25,9%), болезни родных (13,9%), стагнация и, как следствие, отсутствие служебного и профессионального роста (12%).

С учетом вышеизложенного, помимо медикаментозной коррекции, нами разработан и внедрён в практику алгоритм психотерапевтической реабилитации лиц организованных коллективов с ранними формами ХИМ. Он включает в себя: чтение лекций по синдрому эмоционального выгорания; проведение краткосрочных тренинговых корректирующих групп, работающих в режиме аналитической терапии; а также разработку индивидуальных лечебных программ, исходящих из конкретных клинических потребностей пациента. Данные лечебные программы состоят из индивидуальной психотерапии (когнитивного, психодинамического, поведенческого или интегративного направления); физиолечения (посещение сенсорной комнаты, Spa–терапия по релаксирующей методике, эндоназальный электрофорез с кортексином, иглорефлексотерапия) и лекарственных препаратов седативной направленности.

Заключение. Эмоциональный стресс является ведущим социальным предиктором сосудистого заболевания головного мозга у декретированных лиц. Алгоритм психотерапевтического ведения пациентов с ранними формами хронической ишемии мозга может быть использован для медико–психологической реабилитации лиц организованных коллективов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ИХ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Волчкова Т.Ф.,
БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», Омск

Изучение пациентов с шизофренией, получающих лечение в дневном стационаре, позволило разработать специальную шкалу для определения уровня социальной адаптации (УСА) изучаемого контингента больных. Были выделены пять основных УСА - высокая социальная адаптация; сниженная социальная адаптация; нестабильная социальная адаптация; выраженно нарушенная социальная адаптация и социальная дезадаптация.

В ходе анализа были выявлены закономерности: - средний возраст больных шизофренией и длительность течения болезни последовательно увеличивались по мере ухудшения социальной адаптации. УСА был взаимосвязан с выраженностью негативных изменений в ремиссиях: для пациентов с высоким УСА было характерно сохранение когнитивных функций. Наименее благоприятное сочетание адаптационных реакций отмечалось в группах больных с нестабильной социальной адаптацией и социальной дезадаптацией. По мере ухудшения социальной адаптации у больных нарастали нарушения повседневного и социального функционирования, утрачивались рабочие навыки, мотивация на трудоустройство, развивалась иждивенческая позиция;

Были определены основные направления организации лечебно - реабилитационных программ в отношении изучаемого контингента больных и созданы пять дифференцированных программ реабилитации. Необходимость раннего начала реабилитации обусловила создание алгоритма обследования и скрининга, позволяюших в течение первой недели уточнить уровень социальной адаптации пациента.

Анализ результатов внедрения новых лечебно-реабилитационных подходов с опорой на бригадное ведение больных в условиях активной терапевтической среды выявил их эффективность.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Денисенко М.К.
ГБУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница №1», Нижний Новгород

Цель исследования: оценить эффективность групповой работы с родственниками пациентов, страдающих шизофренией и шизоаффективным расстройством, с длительностью заболевания не более 10 лет с момента установления диагноза и проходящих лечение в дневном стационаре.

Материалы и методы: В исследование были включены 25 семей пациентов с параноидной (76%) и недифференцированной (16%) формами шизофрении, непрерывным (76%) и эпизодическим с нарастающим дефектом типами течения (12%), с периодом наблюдения менее года (4%), а также с шизоаффективным расстройством (8%). В качестве контрольной группы было исследовано 20 аналогичных пациентов, с родственниками которых не проводилась групповая работа. Эффективность оценивалась с помощью шкалы , Опросника для выявления отношения к лекарственным препаратам и Опросника для оценки эмоциональной и инструментальной поддержки. Для родственников были использованы Шкала оценки нагрузки на семью, Опросник для оценки проблем, возникающих при уходе за больным, Карта оценки уровня знаний о психической болезни. Оценка результатов осуществлялась до начала и после вмешательства в группе исследования, в момент поступления в дневной стационар и через 2 месяца в контрольной группе, через 6 и 12 месяцев в обеих группах после первого измерения.

Результаты: При первом измерении между группами пациентов не было статистически достоверного различия по частоте госпитализаций, уровню , комплаентности, эмоциональной и инструментальной поддержке. Родственники также не отличались по уровню знаний о психическом заболевании, нагрузке на семью, выраженности проблем при уходе за больным. При втором измерении упациентов обеих групп уменьшился уровень PANSS ($p<0,01$), у родственников повысился уровень знаний о психической болезни ($p<0,01$). У членов семей, прошедших группу, уменьшился уровень нагрузки на семью ($p=0,006$), тогда как в контрольной группе никаких значимых изменений не наблюдалось. Через 6 месяцев в группе исследования у пациентов снизился уровень [,5 (медиана 68); $p=0,004$], повысился уровень комплаентности [16,2(медиана18); $p=0,001$]. У родственников этой группы также уменьшились выраженность отрицательного опыта на семью [75,8(медиана81); $p=0,005$], уровень проблем при уходе за больным [22(медиана25); $p=0,006$]. Через 6 месяцев у пациентов в группе контроля не выявилось статистически значимых различий в выраженности психопатологических симптомов, уровне комплаентности, эмоциональной и инструментальной поддержке пациентов. У родственников этой группы также никаких статистически значимых изменений не выявлялось. Через 12 месяцев у пациентов из группы исследования сохранялось статистически значимое снижение уровня PANSS [72,4 (медиана68); $p=0,04$], высокий уровень комплаентности 20,9(медиана23), отличающийся от контрольной группы 7,4(медиана10), $p=0,046$. Среди родственников, прошедших группы, сохранялся более высокий уровень знаний о психическом заболевании по сравнению с контрольной группой $p=0,04$, однако статистически значимого снижения уровня нагрузки на семью и проблем при уходе за пациентом не было. При этом в обеих группах происходило снижение частоты и длительности госпитализаций в круглосуточном стационаре с одновременным увеличением сроков наблюдения в дневном стационаре, но только в контрольной группе такая тенденция статистически значима ($p<0,01$).

Заключение: Групповая работа с родственниками пациентов уменьшает выраженность психопатологической симптоматики, повышает уровень комплаентности пациентов, приводит к снижению нагрузки на семью. Эффект от данного вмешательства стойко сохраняется в течение первых 6 месяцев.

СОЦИАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Джангильдин Ю Т.
Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Содержание психотерапевтического процесса в наибольшей степени, чем другие дисциплины, вбирает в себя все общественно-исторические дискурсы, связанные с ведущими идеологическими аксиомами, общественной философией, мировоззренческими и религиозными доктринами, которые во многом направляют поиски онтологической сущности понимания человека, его границ целостности, полноты и, в конечном итоге, терапевтических изменений. Они реализуются в рамках существующих социально-политических, экономических и этнокультуральных влияний, зачастую ограничивающих лечебный потенциал, заложенный в концепциях достижения оптимального бытия для страждущего человека.

Разработанная для представителя христианско-иудейской цивилизации, человека белой расы, среднего класса современная транскультуральная психотерапевтическая парадигма начинает подвергаться все более существенной критике, склоняясь в направлении мультикультурализма и плюралистической вариантности. Предлагаемые модели такого подхода сравнительно новы и еще не достаточно проработаны. Особо большую актуальность эта проблема приобретает для России, где цивизационная турбулентность приобретает особую драматичность и витальность. Разрушение цивилизационного ядра, выраженное социальное расслоение, этнические противоречия и национально-религиозный радикализм в сочетании с сохраняющимся для большинства населения кризисом идентичности порождает не только основу для увеличивающейся психической аномалии, но и ведет к такой раздробленности человеческого сообщества, в котором исчезает единая духовная составляющая для психотерапевтической практики.

Для отечественной психотерапии настоятельной потребностью в этих условиях становится не только разработка мультикультуральных моделей терапевтических подходов, не лишенных таких гуманистических постулатов прошлого века, как свобода выбора и личная ответственность. Потенциальная гарантия достижения их возможной реализации осуществляется в обществах с соответствующими поддерживающими институтами. Российская психотерапия, развиваясь в среде с отсутствием таких гарантий, нуждается в терапевтических стратегиях, в которых могла бы не только декларировать, но и использовать свои социальные функции контроля. Их содержание должно быть нацелено не только на помощь в индивидуальном бытии, но и на формирование в нем интенции созидания соответствующей социальной среды, где эти терапевтические цели могут быть достижимы. В этой связи, повышается значимость роли личности психотерапевта с его духовностью, социальным здоровьем и мировоззренческой позицией. Для российского психотерапевта становится жизненной необходимостью обладание особой сенситивностью в отношении той деструктивной ауры в социально-политической ментальности, которая ограничивает его терапевтическую эффективность, и выступать модератором по оздоровлению не только индивидуума, но и больного общества. В этой связи вопрос профессионального отбора для психотерапевтической деятельности приобретает не только отвлеченно-корпоративный, но и целеполагающий характер для службы психического здоровья и профессиональных сообществ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Елфимов М.А.

ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского», Москва

Цель исследования: Разработка и внедрение в практику дифференцированных комплексных лечебно-реабилитационных программ с использованием иглорефлексотерапии (ИРТ) на различных этапах восстановительного лечения пациентов с пограничными психическими (ППР) и психосоматическими расстройствами.

Материалы и методы: В группу вошли 489 пациентов обоего пола (76 мужчин и 413 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет, страдающих ППР (425 человек) и психосоматическими заболеваниями (64 человека). Оценка соматического состояния проводилась согласно существующим медицинским стандартам. Эффективность разрабатываемых комплексных лечебно-реабилитационных программ оценивалась с помощью психометрических тестов и рейтинговых шкал: тест «самочувствие, активность, настроение» - САН, визуальная аналоговая шкала - ВАШ, сокращенный многопрофильный опросник личности – СМОЛ..

Дизайн исследования включал рандомизированное распределение пациентов на две группы. В обеих группах пациенты получали психофармакотерапию и психотерапию по стандартным схемам, количество которых оценивалось на всём протяжении лечебно-реабилитационного процесса. Всем пациентам в опытной группе (N - 248 человек) дополнительно к основному лечению проводилась ИРТ. В свою очередь, опытная группа была поделена на две подгруппы: подгруппа «А» (N - 116 человек) получали ИРТ с первых дней пребывания в стационаре (в процессе комплексного лечения); подгруппа «Б» (N – 132 человека) получала ИРТ во второй половине пребывания в стационаре (собственно реабилитация). ИРТ проводилась после беседы с пациентом, получения его добровольного информированного согласия и осуществлялась согласно установленным стандартам. Использовались иглы отечественного производства из нержавеющей стали с пулеобразной заточкой, практически во всех случаях воздействие осуществлялось вторым вариантом тормозного метода до появления у пациента предусмотренных ощущений. Биологически активные точки (БАТ) в каждом конкретном случае подбирались индивидуально, их рецептура менялась в процессе лечения в зависимости от динамики процесса. Чаще всего использовались БАТ на меридианах сердца, перикарда, заднесрединного, переднесрединного, желудка, толстого кишечника и селезёнки-поджелудочной железы. По немедицинским причинам из исследования выбыло 8 пациентов.

Результаты. В то время как удовлетворённость лечением была зарегистрирована в обеих опытных группах и превышала этот показатель на 35% по сравнению с контролем, другие результаты ИРТ у пациентов в группах «А» и «Б» имели существенные отличия. Регресс психопатологической симптоматики в группе «Б» составил 84%, в группе - «А» 76%.

Заключение. Включение ИРТ в лечебно-реабилитационные программы пациентов с ППР и психосоматическими заболеваниями повышает их эффективность. Результаты использования метода на различных этапах неоднозначны. Применение ИРТ на лечебном этапе (группа «А») носило по сути комплементарный характер и не дало возможности уменьшить количество стандартных лечебных вмешательств (в том числе и психофармакотерапевтическую нагрузку). Дополнение ИРТ к основному лечению на втором этапе (собственно реабилитация, группа «Б»): по сравнению с контрольной группой позволило достичь более значимых результатов: уменьшить количество принимаемых препаратов и тем самым избежать полипрагмазии.

Таким образом, нашим исследованием были подтверждены основные принципы восстановительного лечения, каковыми являются этапность, преемственность и многоплановость лечебных мероприятий.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВУЗА И ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

А.П. Зинкина, О.Н. Степанова

БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», Омск

Специфика непрерывного профессионального образования при взаимодействии вуза и лечебно-реабилитационного учреждения заключается в формировании у социальных специалистов профессиональных компетенций, позволяющих эффективно взаимодействовать с больными; в овладении инновационными технологиями для работы с ними (полипрофессиональный бригадный метод работы, социальная работа в условиях сообщества, социальная работа в условиях стационарного подразделения и др.); в формировании компетенций, связанных с оценкой качества жизни психически больных и качества социальной работы, проводимой с ними. Организация обучения состоит из этапов:

1 - практика студентов специальности «Социальная работа» в рамках специализации «Технологии медико-социальной работы с населением»;

2 – продолжение образования специалистов по социальной работе на рабочем месте.

Такая организация непрерывного профессионального образования решает социальные, адаптивные и экономические задачи подготовки социальных работников и является оптимальной для формирования специалиста, соответствующего требованиям работодателя. Система непрерывного профессионального образования при взаимодействии вуза и лечебно-реабилитационного учреждения включает в себя 4 блока:

диагностический блок, содержащий комплекс необходимых специалистам по социальной работе компетенций, отвечающих требованиям рабочего места, а также диагностические материалы и процедуры исследования сформированности профессиональных компетенций специалистов по социальной работе;

целевой блок, конкретизирующий цели и задачи непрерывного профессионального образования студентов, а затем специалистов по социальной работе на рабочем месте (для студентов – на месте практики);

деятельностный блок, конкретизирующий этапы непрерывной практики студентов, обучение студентов и специалистов по социальной работе на уровне теоретических и практических аспектов подготовки;

результативный блок, дифференцирующий результаты обучения на уровне студентов и специалистов по социальной работе.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ РЕГИСТР – ВОЗМОЖНОСТЬ СИСТЕМНОГО СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОГО УЧЕТА

Зотов П.Б., Уманский С.М., Родяшин Е.В., Уманский М.С., Уманская П.С.
ГБОУ ВПО «Тюменская ГМА», Тюмень

В настоящее время в России нет действующей системы по активному выявлению и регистрации суицидальных действий. Основной статистический материал дает лишь показатель общего числа завершенных случаев суицида. Анализ получаемых при этом данных может дать только общие представления о требуемых мерах профилактики. Более точную базовую информацию о приоритетных направлениях превентивных мер могли бы дать показатели частоты суицидальных попыток. Однако их число можно назвать только очень приблизительно. Еще менее точны цифры о повозрастном и половом составе этого контингента, не говоря уже о мотивах суицидальной активности, способах суицида и др. Таким образом, сегодня мы можем только в самых общих чертах указать число и основной контингент, на который должны быть направлены меры суицидальной превенции. При этом и сами меры носят достаточно общий, и, соответственно, малоэффективный характер.

Практическим выводом, способным принципиально изменить сложившуюся ситуацию, является создание специализированной системы выявления, регистрации и учета случаев суицидальной активности – суицидологический регистр. На наш взгляд основным принципом работы регистра является учет не просто случаев суицидов, а учет и внесение в электронную базу персонифицированных данных, включающих основные социальные категории суицидентов, характеристики совершенных ими суицидальных действий и др.

Персонифицированные данные при сопоставлении их с существующими сегодня регистрами других нозологических форм (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, рассеянный склероз, рак и др.), а также отдельных режимных контингентов (сотрудники милиции, военные, лица, содержащиеся под стражей и др.) позволят оценить их суицидальную активность и определить возможные направления профилактики и лечебной помощи. Источником информации должны являться лечебно-профилактические учреждения различного уровня, служба «Скорой помощи», учреждения системы образования, а также другие источники (милиция, социальные службы и др.).

В Тюменской области на базе областной психиатрической больницы с 2010 г. активно внедряется организационная модель системы суицидальной превенции, ведущим элементом которой является Суицидологический регистр, производящий учет суицидальных попыток и завершенных суицидов в регионе.

Сбор информации в базу данных о суицидальных действиях носит системный характер и проводится из источников различного уровня:

– специализированная система мединформации – системное получение информации из регионального медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ) о случаях завершенных суицидов. Информация включает пофамильный список суицидентов и весь перечень пунктов, указанных в талоне регистрации смертельного исхода;

– неспециализированная система мединформации – передача медицинскими учреждениями (Скорая помощь, стационары, поликлиники и др.), учреждениями социальной помощи, системы образования в суицидологический регистр информации о всех попытках и завершенных суицидах, попавших в поле зрения этих учреждений.

Поступление информации в регистр из этих учреждений производится путем заполнения единого унифицированного первичного талона и обязательным дублированием передачи сообщения по телефону. После поступления талона в регистр, информация передается участковому психиатру, в задачи которого входит посещение лица, совершившего суицидальную попытку и определение тактики дальнейшего наблюдения.

Проводимые нами мероприятия являются первым опытом создания и практического внедрения специализированного суицидологического регистра и региональной системы системы суицидальной превенции.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ивахненко Л.И.*, Полякова Е.О.**, Иванов М.В.**
**ФГУ «1602 ОВКГ» МО РФ, Ростов-на Дону.*
***Научный центр психического здоровья РАМН, Москва.*

Несение военной службы (ВС) связано с многофакторными стрессовыми воздействиями, которые имеют тенденцию накапливаться и нарастать, что может приводить к изменению поведения или личности, развитию различных пограничных психических расстройств (ППР), в том числе тревожно-депрессивного спектра (Busuttil W, 2010). ВС связана с проживанием в сообществе с иерархической и дисциплинарной структурой, утомительными тренировками и определенной степенью отгороженности от остального общества, постоянными сменой окружения, занятости и места проживания, часто в плохих условиях. Участие в военных операциях сопряжено с ограничением личной свободы и возможностей самостоятельного принятия решений. К факторам риска (ФР) возникновения депрессии у военнослужащих мужского и женского пола относятся молодой возраст, курение, злоупотребление алкоголем; отсутствие социальной поддержки. Таким образом, военнослужащие подвергаются интенсивному воздействию стрессовых факторов и имеют регулярную повышенную физическую нагрузку, что, наряду с общими ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), определяет высокие показатели заболеваемости кардиологической патологией среди военнослужащих.

Цель исследования: изучить психо-эмоциональный статус и особенности стрессового воздействия у военнослужащих с ССЗ.

Материалы и методы. В исследование было включено 150 пациентов, находившихся на обследовании и лечении в ФГУ «1602 ОВКГ» МО РФ. Возраст - от 28 до 45 лет. 100 больных с кардиологической патологией составили основную группу. 50 здоровых военнослужащих, проходивших обследование в отделении врачебной экспертизы военного госпиталя, были включены в контрольную группу. Применялись экспериментально-психологический метод, статистический анализ. Для определения уровня тревоги и депрессии использовали шкалу HADS, выявления особенностей стрессового воздействия, индивидуальный опросник пациента и специально разработанную шкалу стрессовых событий.

Результаты исследования. В основной группе выявлено преимущественно сочетание различных ССЗ: 1) Артериальная гипертония (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС); 2) ИБС и хроническая сердечная недостаточность (ХСН); 3) ИБС с нарушениями ритма сердца (НРС); 4) ИБС в сочетании с атеросклерозом коронарных сосудов; 5) АГ с НРС. При изучении особенностей стрессового воздействия в исследуемой выборке отмечено преобладание стрессовых событий, связанных с прохождением воинской службы: служба в зоне боевых действий; изменения жизненных условий, связанных со службой; неопределенность в продлении службы по контракту; ночные дежурства и нарушение цикла сон-бодрствование; конфликтные ситуации в служебном коллективе. При исследовании психоэмоционального статуса военнослужащих по шкале HADS выявлен достоверно более высокий уровень тревоги и депрессии у пациентов основной группы по сравнению с группой контроля.

Заключение. Интенсивное стрессовое воздействие у военнослужащих и наличие верифицированных ССЗ определяют высокий уровень тревоги и депрессии, что обосновывает необходимость скрининга тревожно-депрессивных расстройств у военнослужащих с кардиальной патологией и их своевременной терапевтической коррекции.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Игумнов С.А, Осипчик С.И.
ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск, Беларусь

Бремя болезней, связанных с алкоголем, является значительным во многих странах. Злоупотребление спиртным приводит к долгосрочным последствиям, оказывающим влияние на все аспекты жизни. При этом алкогольная интоксикация ухудшает личную безопасность, т.к. связана с насилием и другими травмами, с алкогольной зависимостью как существенным риском регулярного пьянства и с токсичным воздействием, потенциально поражающим все органы и системы организма. Бремя болезней, связанное со злоупотреблением алкоголем, возникает среди молодежи и подростков и затрагивает больше мужчин. Кроме того, оно приносит значительный социальный вред и вред для здоровья и другим людям, в том числе созависимым лицам.

Рабочей группой, созданной на основании поручения Совета Министров Республики Беларусь, были выявлены 2 основных уровня формирования экономических издержек, связанных с пьянством и алкоголизмом: макроэкономические и микроэкономические. Кроме того, с учетом единовременного вреда, упущенной выгоды и эффектов косвенного влияния, они разделены на прямые и косвенные. Выделены социальные происшествия и события, в возникновении которых особую роль играет непосредственное употребление алкоголя и длительное употребление алкоголя. Структура видов и типов макро- и микроэкономических затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом, составлена на основе высокого и среднего рисков алкогольного потребления.

На основании полученных данных о затратах по отдельным статьям в Республике Беларусь, и разработанной в ходе выполнения проекта экономической модели, был произведен расчет суммы затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом, в 2008 г. по отношению к ВВП Республики Беларусь. Эта сумма составила 7,23% от ВВП страны (ВВП в 2008г. составил 128 трлн. бел. рублей (приблизительно 43 млрд. долларов США по курсу Национального банка Республики Беларусь на 2008 г.). Таким образом, снижение социально-экономического бремени, относимого к алкоголю, становится одним из приоритетных направлений государственной политики.

МИКРОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кадырова Т.М.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Введение: На протяжении многих лет в Кыргызской Республике (КР) отмечается снижение показателей заболеваемости и распространенности психической патологии среди населения. Однако это не связано с улучшением состояния психического здоровья населения, а обусловлено воздействием целого ряда факторов. К медицинским аспектам следует отнести: реформы в здравоохранении, которые не рассматривают охрану психического здоровья в качестве приоритетного направления в национальной программе здравоохранения и отсутствие специализированной психиатрической помощи по отдельным регионам страны. Отсюда следуют недостаточные выявляемость и обращаемость; низкий уровень заработной платы психиатров; их низкий престиж как специалистов, кадровая политика. Среди социальных факторов следует выделить: низкий уровень жизни населения, отдаленность проживания, процессы миграции как внутри страны, так и за ее пределы, безработица; стигматизация.

Цель: В связи с тем, что большая часть населения КР проживает в сельской местности (65%), целью исследования явилось проведение сравнительного анализа первичной заболеваемости психической патологией среди лиц, проживающих в городской и сельской местности.

Материалы и методы: Проанализированы статистические данные аналитико-информационного отдела Республиканского Центра Психического Здоровья (РЦПЗ, г.Бишкек) за 2010 г. Квалификация психических расстройств проводилась в соответствии с МКБ-10

Результаты: Среднегодовая численность населения страны составила в 2010 г. 5447960 человек. Сответственно взрослое население (старше 18 лет) - 3452375 человек, а детское и подростковое (0-17 лет) – 1995585. Первичная заболеваемость психической патологией в 2010 году составила среди жителей села 37,6, а жителей города 62,4 (из расчета на 100000 соответствующего населения). В структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами в сельской популяции на первом месте стоит умственная отсталость (F70-79) – 40,8%, органические психические расстройства (F00-09) оказались на втором месте 29,6% и шизофрения (F20-29) – на 3 месте – 17,9%. Среди жителей города доминировали органические психические расстройства (34,2%), умственная отсталость и шизофрения оказались почти идентичными по частоте и составили соответственно 18,6% и 17,0% . Таким образом в структуре первичной заболеваемости лидируют: умственная отсталость в сельской местности, а органические психические расстройства – в городской популяции.

Заключение: Данные сравнительного структурного анализа выявили низкие показатели заболеваемости психической патологией у жителей сельской местности, что объясняется, прежде всего, существующими социально-экономическими трудностями в стране. Высокие показатели умственной отсталости в сельской популяции по сравнению с городской также объясняются этнокультуральными факторами и традициями, к числу которых следует отнести: патриархальность, многодетность, занятость женщин тяжелым физическим трудом, недостаточность питания во время беременности (анемия). Выявленные особенности распространенности психической патологии у жителей сельской местности нацеливают на необходимость проведения профилактических мероприятий, прежде всего, в системе охраны материнства и детства.

НЕОБХОДИМОСТЬ УЧЁТА ОКАЗАНИЯ ПОЛИПРОФЕССИНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ, НАХОДЯЩИМСЯ ПОД АКТИВНЫМ ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ (АДН) И НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ (ПЛ)

Казаковцев Б.А., Голланд В.Б.
Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

В общей сложности на 01.01.2011 г. число психически больных с высокой степенью социальной опасности, находящихся под АДН и на ПЛ в психиатрических учреждениях страны, составило более 80 тысяч, или более 5 % от всех лиц, находившихся под диспансерным наблюдением. В психиатрических стационарах 1 из 9 психиатрических коек в стране занята больными, находящимися по решению суда на ПЛ.

Федеральной целевой программой “Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)” в качестве одного из целевых индикаторов оценки качества оказания психиатрической помощи населению территории предлагается использовать долю пациентов, охваченных бригадными формами казания психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов. Этот показатель при плане 34,0 % в 2010 г. составил 26,7 %, то есть был почти на треть меньше планируемого. В то же время новая организационная форма оказания комплексной полипрофессиональной помощи тяжелому контингенту психически больных со значительным преобладанием социальных проблем имеет очень важное значение.

Если, начиная с 2010 г. в форме отчётности психиатрических учреждений (ф. № 36) собираются сведения о больных, которым в течение года оказывалась специализированная психиатрическая помощь в составе бригады специалистов (психиатр, психотерапевт, психолог, социальный работник и пр.), то в отчётной форме № 36-ПЛ, в которой отражаются сведения об оказании помощи больным, находящимся под АДН и на ПЛ, этой информации нет.

Информация о числе больных, которым оказывалась помощь в составе бригады специалистов, и результатах этой формы оказания психиатрической помощи (трудоустройство в течение года, уменьшение ООД, госпитализаций и т.д.), должна собираться отдельно по больным, находящимся под АДН и на всех видах ПЛ (АПНЛ, ПЛ в психиатрическом отделении общего типа, в психиатрических отделениях специализированного типа и в ПБСТИН).

Широкое использование полипрофессиональных форм оказания помощи этой категории больных позволит рассчитывать на значительное улучшениие качества оказания психиатрической помощи в целом по учреждению и, кроме того, позволяет осуществлять организационно-методическую и учебную деятельность, координируя психосоциальную работу во всех подразделениях учреждения.

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ ЖЕНЩИНАМИ В УСЛОВИЯХ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ

Качаева М.А.
ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», Москва

Одна из острых проблем современной России – жестокость и насилие по отношению к женщинам. По данным ВОЗ (2005), домашнее насилие обусловливает стрессовые состояния, снижает качество жизни, нарушает физическое и психическое здоровье, часто приводит к смерти.

Женщины – жертвы домашнего насилия страдают депрессиями, у них выявляются тревога, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), злоупотребление психоактивными веществами, низкая самооценка, сексуальная дисфункция. Жестокость, направленная против женщин в семье, приводит и к негативным вторичным последствиям, влияя и на отношения в социуме.

Большинство современных зарубежных авторов (Bassuk E.L.,2003; Allen I.G., 2005), изучающие данную проблему, считают, что наряду с исследованием клинических аспектов, необходимо принимать во внимание и социальные факторы, а именно, проблему неравенства полов (экономического и законодательного). Анализируя социальный аспект проблемы, ВОЗ разработала научную концепцию «цикла насилия» и жестокости внутри семьи. Согласно этой концепции, в процессе длительной виктимизации подвергаемая психическому террору женщина сама может стать источником насилия. В результате длительной, часто многолетней, пролонгированной психогенно травмирующей ситуации, связанной с внутрисемейным насилием и психическим террором, женщина может совершить тяжелые агрессивные действия, а жертва и агрессор меняются местами.

В соответствии с программами и концепцией ВОЗ, важно выработать политику в области общественного здравоохранения, направленную на идентификацию насилия против женщин как социального фактора, способствующего возникновению психических расстройств у женщин. Планируется создание междисциплинарного взаимодействия (с юристами, социальными работниками, психологами).

Необходимо разрабатывать комплексные профилактические программы, направленные на выявление, лечение и профилактику психических расстройств у женщин – жертв насилия и жестокости.

Исследование поддерживается грантом РГНФ №10 -06-00942.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И НАХОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В СООБЩЕСТВЕ

Койрах И.А., Канцурова Е.В., Степанова О.Н.
БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», Омск

Одним из основных направлений модернизации психиатрической службы в России является развитие новых стационарзамещающих форм амбулаторной помощи с использованием мощного потенциала семьи и естественного социального окружения пациента. Данный подход наиболее оправдан с клинической, социальной точек зрения и имеет определенные экономические преимущества.

Отделение интенсивного лечения в сообществе предназначено для оказания помощи психически больным, состояние которых требует усиления или интенсивного проведения терапии, а также психосоциальной реабилитации, при отсутствии показаний к обязательной госпитализации.

В отделение принимаются пациенты с тяжелыми нозологическими формами: шизофрения, заболевания шизофренического спектра, аффективные расстройства с неблагоприятным течением заболевания, длительными госпитализациями, частыми обострениями, неустойчивой ремиссией. Процент охвата таких пациентов, за исключением имеющих противопоказания, лечебно-реабилитационными мероприятиями в отделении приближается к 100%. На сентябрь 2011г. без учета переданных под наблюдение участковых психиатров ПДО с положительной динамикой по окончании срока лечебно-реабилитационных мероприятий составляет 223 пациента.

С 2007 года в отделении организована асертивная бригада для пациентов с впервые возникшим психическим расстройством. В настоящее время таких пациентов в отделении 538.

Курация пациентов осуществляется бригадным методом. На совещании полипрофессиональной бригады определяется объем лечебно-реабилитационных мероприятий. Каждый специалист бригады реализует свое направление работы с пациентами.

В связи с возможностью купирования обострения и проведения реабилитационных мероприятий в условиях отделения уменьшается нагрузка на круглосуточный стационар и на участкового психиатра.

Таким образом, отделение представляет собой альтернативу стационарной психиатрической помощи, осуществляя свою деятельность во внебольничных условиях, по месту жительства пациентов в наименее стигматизирующих условиях на основе принципа партнерства с пациентами, с использованием активирующего влияния социальной среды.

Информация об авторах:

Койрах Ирина Александровна, заведующая отделением интенсивного лечения в сообществе (стационар на дому) БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», раб тел. (3812)56-57-78;

Канцурова Елена Викторовна, психолог отделения интенсивного лечения в сообществе (стационар на дому) БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», раб тел. (3812)56-66-10;

Степанова Ольга Николаевна, к.м.н., главный внештатный психиатр Омской области, заместитель главного врача БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», раб. 8(3812)56-44-60, crdp@yandex.ru.

ВАРИАНТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАДИАЦИОННЫХ ИНЦИДЕНТОВ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ И ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Колмогорова В.В
ГБОУ ВПО ЧелГМА, Челябинск

Цель: сравнительная оценка типов психического реагирования на имеющееся соматическое заболевание у облученных на Южном Урале и у ликвидаторов аварии на ЧАЭС

Материалы и методы: в основную группу обследования вошли: 230 больных, 110 облученных на Южном Урале (средний возраст 52,1+0,9 года), и 120 ликвидаторов аварии на ЧАЭС (средний возраст 47,4+0,7 года). В качестве группы сравнения обследовано 70 радиоэкологически благоприятных населенных пунктов Уральского региона. Исследование проводилось с помощью опросника Санкт-Петербургского института имени В.М. Бехтерева для оценки типов психического реагирования на имеющееся соматическое заболевание (ЛОБИ).

Результаты: Оценка типов психического реагирования на соматические заболевания в основной группе и группе сравнения показали достоверные различия ($p<0,05$) по таким типам, как гармонический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, анозогнозический, эргопатический. В основной группе между подгруппами достоверных различий не выявлено. Наибольший процент обследованных больных основной группы реагирует на соматические заболевания психической дезадаптацией, при этом типы психического реагирования характеризуются преимущественно интрапсихической направленностью (тревожный, ипохондрический, неврастенический, апатический).

Выводы: выявлена общность типов психического реагирования на соматические заболевания у облученных на Южном Урале и ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, а также их достоверное различие с группой сравнения ($p<0,05$). Вследствие этого можно утверждать, что у пациентов основной группы развивается общая дезадаптация и стресс в рамках ипохондрических состояний с тревожными и астеническими проявлениями.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кузьминова М.В., Фритлинский В.С.
ФГУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского», Москва

Несмотря на достижения фармакотерапии последних лет в области эпилептологии, социальный статус больных эпилепсией по-прежнему не изменился. Наименее разработанной стороной проблемы остаются вопросы психосоциальной реабилитации больных эпилепсией с психическими расстройствами, ее связи с макро- и микросоциальными условиями их жизнедеятельности. В связи с тем, что этапная система медицинской реабилитации больных эпилепсией в нашей стране остается недостаточно совершенной, значительная часть пациентов трудоспособного возраста, даже при относительно благоприятном течении эпилепсии, не могут возвратиться к полноценному труду и становятся инвалидами.

Цель исследования: изучение закономерностей воздействия клинико-социальных факторов на течение эпилепсии для повышения эффективности психосоциальной реабилитации больных этим заболеванием.

Материалы и методы исследования: все больные эпилепсией, находящиеся под диспансерным психиатрическим наблюдением в ПНД № 21 г. Москвы. Применялись клинико-психопатологический, психометрический и клинико-катамнестический методы.

Результаты: В изучаемой группе больных эпилепсией с психическими расстройствами инвалидность по психическому заболеванию 20,3% имели вторую, 8,7% - третью и 1,5% - первую группу инвалидности. Еще 5,8% пациентов были инвалидами по соматическому заболеванию. Наиболее значимыми причинами оформления группы инвалидности по психическому заболеванию стали: затруднения с выполнением привычной работы - 24,6% больных, частые обострения и неблагоприятное течение заболевания – 21,7%, конфликтные отношения с коллективом и/или администрацией - 11,6%. 14,5% больных эпилепсией имели сохранную трудоспособность, однако нигде не работали вследствие стигматизации. Утрата и длительный поиск новой работы часто приводил к вторично-реактивным образованиям (43,5%), тревожным расстройствам (24,6%), а в некоторых случаях к явному ухудшению течения эпилепсии – учащению пароксизмальных расстройств, возникновению дисфорий, негативизма, паранойяльных идей. Применение специально разработанных программ психосоциальной реабилитации позволило полностью восстановить трудоспособность у 47,8% пациентов.

Заключение. Повышение возможностей социального приспособления больных эпилепсией в обществе и их максимального участия в трудовой деятельности позволяют предотвратить развитие вторично-реактивных образований, повысить качество их жизни и, в конечном итоге, снизить число нетрудоспособных больных.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИНДРОМЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

Кузьмичев А.Ф.[1], Ромасенко Л.В.[2]
ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова[1], Москва
ФГУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского»[2], Москва

Расстройства психического регистра при синдроме функциональной диспепсии рассматриваются в качестве типичной коморбидной патологии, существенно затрудняющей диагностику и лечение, нередко способствующей хронической социальной дезадаптации. Однако их клинические проявления, характер соотношений с функциональными расстройствами, в частности, с диспепсией, изучены еще недостаточно.

Цель исследования: выяснение клинико-динамических закономерностей психических расстройств, коморбидных функциональной диспепсии (ФД), значимых для диагностики и обоснования принципов терапии.

Материал и методы исследования: обследовано 196 пациентов, 2-го гастроэнтерологического отделения (Клиники факультетской терапии им. В.Н. Виноградова) УКБ№1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Основную группу (83сл.) составили пациенты с ФД. В качестве сравнения были изучены выборки 67 пациентов, страдающих синдромом раздраженного кишечника (СРК) и 46 – гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Методы исследования - психопатологический, клинический гастроэнтерологический, инструментальный (гастроскопия), психометрический с использованием диагностических шкал, а также метод статистической обработки данных.

Результаты: Спектр коморбидной психической патологии у пациентов с ФД представлен аффективными, личностными и шизотипическими расстройствами. Их регистр определяется депрессивным, тревожным, тревожно-фобическим, конверсионным, соматоформным и сенсоипохондрическим синдромами. Объективная оценка соматического состояния больных с ФД и СРК не соответствует тяжести предъявляемых жалоб, но соотносится с выявленными коморбидными психическими расстройствами, прежде всего, сенсоипохондрическими в структуре шизотипического расстройства, кроме того - конверсионными, депрессивными расстройствами. При сравнительном анализе в группе функциональных гастроэнтерологических расстройств (ФД и СРК) установлено принципиальное сходство коморбидных психопатологических синдромов, тем не менее, с определенной их клинической спецификой, обусловленной локализацией нарушенной функции. У пациентов с органической патологией (ГЭРБ) в структуру картины болезни входит в основном соматическая составляющая, в то время как психопатологические расстройства являются менее выраженными.

Заключение. Психосоматическая модель болезни у пациентов с ФД может быть представлена как соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы верхних отделов ЖКТ в качестве облигатного психосоматического синдрома, коморбидеый различным психическим расстройствам. Коморбидность симптомов ФД и психических расстройств представляет собой комплементарную связь, что предопределяет развитие функциональных соматических синдромов, которые, по сути, являются соматизированными психическими расстройствами. Сравнительный анализ коморбидных психических расстройств у больных с синдромом ФД и СРК свидетельствует об их большом сходстве как на синдромальном так и на нозологическом уровнях, что дает основание утверждать их функциональное происхождение и псевдосоматический характер. Такое понимание функциональных гастроэнтерологических расстройств позволяют квалифицировать их как психосоматические расстройства с определенным стереотипом развития, клинической динамикой, алгоритмом диагностики и лечения. Указанные механизмы формирования и клинического оформления ФД обусловливают специфику комплексной оценки при диагностике и определении лечебной тактики, необходимость интеграции усилий врачей-интернистов и психиатров.

О ПРОБЛЕМАХ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕЛЕВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Лиманкин О. В.
Санкт-Петербургская психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кащенко», Санкт-Петербург

Важной тенденцией реформирования отечественной психиатрии является перенесение акцента в организации помощи на региональный уровень, создание региональных целевых программ (РЦП). Опыт двух последних десятилетий позволяет обозначить общие проблемы в этом направлении.

1. Несмотря на провозглашение региональной политики приоритетной, региональное целевое планирование пока не получило должного развития и реализуется в меньшей части субъектов РФ.

2. До настоящего времени отсутствуют единые (федеральные) методические рекомендации по созданию РЦП, которые, с одной стороны, были бы сориентированы на стратегические задачи охраны психического здоровья, а с другой, позволяли бы учитывать задачи регионального уровня.

3. Во многих РЦП не в полной мере задействованы резервы межведомственного взаимодействия, интеграции с другими звеньями регионального здравоохранения и социальной защиты - учреждениями соматической сети и учреждениями социального обеспечения.

4. Акцентом многих РЦП является укрепление сложившейся структуры помощи, но недостаточно представлены технологии ресурсосбережения, трансинституциона-лизации.

5. Практически во всех регионах сохраняется система нормативного распределения ресурсов, которая сама по себе является сдерживающим фактором проведения структурной реформы и повышения качества помощи. Немногочисленные эксперименты по изменению порядка финансирования и их положительный опыт не получили дальнейшего распространения и федеральной поддержки.

6. При создании, реализации РПЦ и оценке их результатов практически не используется такой принципиально важный подход, как учет мнения потребителей психиатрической помощи. Отсутствует алгоритм получения запроса подобного рода (изучение потребности в тех или иных видах помощи, механизм включения общественных организаций потребителей в процесс планирования, реализации и оценки РЦП).

7. Большинство РЦП отмечает невысокое качество индикативного планирования целевых показателей и отсутствие четкой стратегии при определении их значений. Предлагаемые в качестве индикаторов показатели отражают разные иерархические уровни; они включают как экстенсивные (валовые), так и интенсивные, показатели процесса и показатели результата. Нередко используются показатели, которые лишь опосредованно оценивают качество помощи и зависят от других факторов, действующих вне системы психиатрической помощи. Практически во всех РЦП оценка их результатов не включается в число целей самих программ.

8. Отсутствие унифицированной системы индикаторов, используемых в РЦП, делает затруднительным, а порой и невозможным сопоставление их эффективности. Описание происходящих изменений и оценка результатов нередко проводится с совершенно различных позиций

СТРУКТУРА И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Насруллаев Ф.С., Портнова А.А.
ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», Москва

Острая стрессовая реакция (ОСР) у лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций (ЧС), отличается крайней полиморфностью проявлений, в основе которых лежит клиническое разнообразие стержневого симптома ОСР – тревоги.

Цель исследования: выявление клинических особенностей тревожных расстройств у жертв ЧС для определения дифференцированного лечения и прогноза.

Методы исследования: клинический, психологического тестирования, статистический. Клинические проявления тревоги изучены у 471 пострадавшего при ЧС – пребывание в заложниках. Среди них женщин - 68,4%, мужчин - 31,6%. Возраст - 18-60 лет. Диагностика ОСР осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Результаты. По преимущественной симптоматологии выделены клинические варианты тревожных проявлений в рамках ОСР: с вегетативными симптомами – 147 (34,2%); с астено-вегетативными нарушениями - 52(11,0%); с эмоциональной неустойчивостью («тревожная истерия») - 45(9,5%); с соматоформными симптомами - 41(8,7%); с фобией – 53 (11,3%); с депрессивными симптомами – 80 (17,0%); с апатией – 15 (3,1%); остальные – 38 (8,1%). По поведенческим особенностям: с гиперкинезией – 287 (60,9%); с гипокинезией – 107 (22,7%); смешанные состояния – 77 ((16,3%). По течению: ундулирующее – 282 (59,9%); постоянное – 145 (30,8%); пароксизмальное – 44 (9,3%).

Изучение динамики психического состояния на протяжении одного года выявило формирование посттравматического стрессового расстройства у 189 пострадавших (40,1%), расстройства адаптации у 114 (24,2%), тревожных расстройств (F 41.1–41.2) у 88 (18,7%), выздоровление - у 80 чел. (17,0%).

Заключение. Наименее благоприятный прогноз отмечался у заложников с преобладанием в острый период травмы соматоформных расстройств ($p \leq 0,001$), эмоциональной неустойчивости ($p \leq 0,001$) и апатии ($p \leq 0,05$).Наиболее благоприятный прогноз – у лиц вегетативными ($p \leq 0,05$) и депрессивными ($p \leq 0,05$) проявлениями. Исследование помогает определять группы риска возникновения хронических стрессовых расстройств и проведения профилактических мероприятий.

СОЦИАЛЬНАЯ НАРКОЛОГИЯ КАК ВАЖНЫЙ РАЗДЕЛ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Киселева Ж.В.
Самарский государственный медицинский университет,
Самарский областной наркологический диспансер, Самара

Современная наркология переживает целый ряд кризисов. Первый из них – организационно-методологический. Став врачебной специальностью, наркология как бы приобрела статус самостоятельной, если не науки, то хотя бы учебной дисциплины. На самом же деле она как была разделом клинической и социальной психиатрии, так им и остается, что определяется её предметом, целями и задачами, а главное - методами исследования и терапии. С организационной стороны, сегодня только ленивые «специалисты» не занимаются наркологией – психологи, социологи, врачи всех специальностей, в первую очередь, токсикологи, анестезиологи, реаниматологи, нейрохирурги, неврологи и др. Ими открываются самые различные частные, реже муниципальные, псевдореабилитационные центры. Не зная ни клинической, ни социальной психиатрии, а, следовательно, не понимая ни наркологии, ни психиатрии, эти «специалисты» обрушивают на наркологических пациентов и их родственников обилие псевдооригинальных, «успешных» и «чудодейственных» методик и приёмов психофармакотерапии и психотерапии, а также методики «народной медицины», экстрасенсорики, сектантские подходы, преследуя одну цель - собственные материальные интересы. При этом такой «центр» чаще всего открывается как психологический, реже - как религиозный (сектантский), а методы используются медикаментозные, психотерапевтические и даже пси хо(нейро)хирургические. Под этим неопределённым статусом используются научные (а по сути псевдонаучные, т.е. искажённые по смыслу и практике) термины «реабилитация», «наркозависимые», «химически зависимые» и т.п., которые у неспециалистов, пациентов и их родственников создают впечатление их научной обоснованности и практической значимости, а, следовательно, и высокой эффективности, и, соответственно, становится приемлемой и высокая стоимость лечения. При этом искусственно выпячиваются одни проблемы, например, наркомании, и скрываются, стираются и даже поощряются другие проблемы наркологии, в частности, пьянство и алкоголизм, особенно пивной.

Теоретические разработки по реабилитации больных с наркологическими заболеваниями ещё не стали руководством к действию, азбукой для наркологов и руководителей наркологических учреждений, что же при этом говорить о врачах других специальностей, о психологах и других специалистах, занятых в наркологии, тем более о муниципалитетах, государстве, гражданском обществе в целом. Эти теоретические разработки в реабилитологии, психотерапии и психокоррекции не получили практической поддержки и организации ни в обществе, ни государстве, ни в здравоохранении, ни даже в наркологии, а, следовательно, в лучшем случае о них что-то слышали, мало что поняли, тем более не планировали и не планируют организовывать ни на местах, ни в регионах, ни в государстве. Свобода слова, научного мнения, теоретической разработки превратились в свободу от ответственности за слово, мнение, научную оценку и компетентность специалиста, т.е. от совести, морали и долга, а с ними - и от закона и права (справедливости). Если сюда добавить стигматизацию и дискриминацию наркологических больных не только в обществе, но и в праве, то картина с их реабилитацией станет просто безотрадной. Объединение психиатрии и наркологии в данном контексте неслучайно, так как наркология является и будет оставаться разделом психиатрии и никогда не была и вряд ли будет самостоятельной наукой.

Таким образом, одной из приоритетных задач социальной наркологии как раздела, с одной стороны, социальной психиатрии и медицинской практики, а с другой – важнейшей задачи гражданского общества, является объединение и упорядочивание междисциплинарных связей.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИНАМИКУ СУИЦИДАЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Панченко Е.А., Агеев С.Е., Григорьева М.В.
ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», Москва

Согласно современным представлениям (Van Heeringen K., 2001; Williams R., Pollock L.R., 2006; Положий Б.С., 2010), суицидальное поведение представляет собой мультифакторный процесс, включающий в себя последовательно развертывающиеся периоды: досуицидальный, пресуицидальный, реализации суицидального замысла и постсуицидальный (в случае незавершенного суицида).

Цель исследования: выявление и систематизация факторов, способствующих возникновению и дальнейшей динамике суицидального процесса

Материалы исследования: 395 человек, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в крупный психиатрический стационар г.Москвы.

Результаты. Клинико-анамнестическое изучение исследуемой группы суицидентов позволило выделить 3 основные группы факторов возникновения и развития суицидального процесса. Первую из них составляют ***предрасполагающие*** факторы. Сюда отнесены факторы, являющиеся предпосылками формирования суицидального процесса и в значительной степени, определяющие саму возможность его возникновения. Сюда входят 3 группы: биологические факторы, свидетельствующие о наличии биологической (генетической, нейрохимической и т.д.) предрасположенности к суицидальному реагированию; личностно-психологические факторы, характеризующие психологически неустойчивую импульсивную личность с аутоагрессивными и аутично-депрессивными формами реакций на стресс и избегающим поведением, сформировавшуюся в результате полученного патологического воспитания в родительской семье; клинические факторы, проявляющиеся наличием того или иного психического заболевания, особенно с депрессивной симптоматикой. Ко второй группе нами отнесены ***потенцирующие*** факторы. Сами по себе они не могут вызывать развитие суицидального поведения. Их роль заключается в том, что они влияют на патокинез суицидального процесса, утяжеляют и ускоряют его течение, повышают вероятность осуществления суицидальных действий. В эту группу нами включены социальные и этнокультуральные факторы. В третью группу входят ***реализующие*** факторы. Сюда относятся факторы, вызывающие реализацию суицидальных намерений и совершение суицидальных действий. Зачастую они неверно оцениваются в качестве собственно причины суицида. Среди них можно выделить стрессы личной жизни и психопатологические факторы. Наиболее частыми являются стрессы личной жизни – психотравмирующие и личностно значимые для суицидента ситуации, переводящие суицидальный процесс на стадию суицидальных действий. Психопатологические факторы отражают суицидальную направленность болезненных переживаний пациента. Например, бредовые идеи самоуничижения и самообвинения, императивные галлюцинации суицидального содержания, изменения личности при шизофрении, тяжелые депрессии различного генеза, декомпенсации личностных расстройств, алкогольная или наркотическая абстиненция и т.д.

Заключение. Знание факторов суицидального поведения и их роли в динамике суицидального процесса создает возможность дифференцированного подхода к профилактике самоубийств.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С РЕЛИГИОЗНО-АРХАИЧЕСКИМ БРЕДОМ

Пашковский В.Э.
ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования», Санкт-Петербург

В последние десятилетия в России возрождение религиозных ценностей сопровождается одновременной экспансией оккультизма и мистицизма. При такой экспансии происходит деформация общественного сознания, что отражается на структуре и фабуле психопатологических переживаний психически больных. Характерной чертой религиозного бреда являются особые формы бредового поведения, обусловленные экстремальными религиозно-мистическими переживаниями.

Цель исследования. Выявление особенностей бредового поведения больных с психическими расстройствами с религиозно-архаическим бредом.

Методы и материалы исследования. Изучено 300 больных с религиозно-архаическим бредом. Среди них с психотическими психическими расстройствами шизофренического спектра – 231 человек (77,0%), с аффективными расстройствами настроения психотического регистра – 19 (6,3%), с органическими психическими расстройствами психотического регистра – 31 (10,4%), с алкогольными психозами – 19 (6,3%). Исследование проводилось клинико-психопатологическим методом.

Результаты. Специфическими для религиозно-архаического бреда формами поведения являлись: дезорганизованное поведение в домашних условиях (27,8%), дезорганизованное поведение в общественных местах (16,2%), физическая агрессия (16,2%), суицидальное поведение, обусловленное идеями греховности (9,7%), бродяжничество (9,4%), дезорганизованное поведение в церкви во время проведения церковной службы (6,2%), сексуальные нарушения (4,5%), %), гомицидное поведение (4,2%), жестокое обращение с животными (3,2%), суицидальное поведение с целью «слиться» с божеством, с «космосом» (2,6 %). К наиболее экстремальным формам относились суицидальное и гомицидное поведение. Суицидальное поведение с целью слиться с божеством, с «космосом» осуществлялось на высоте мистической экзальтации. Больные отмечали утрату чувства времени и пространства, переживание неземной радости и любви к божеству. Возникала напряженная потребность слиться с божеством, уничтожив собственную телесную оболочку. Суициды, обусловленные идеями греховности, характеризовались сочетанием напряженного аффекта с религиозными переживаниями. Депрессивные приступы сопровождались чувством собственной бездуховности, внутреннего опустошения, идеями греха перед богом, который невозможно искупить, идеями отрицания внешнего мира. Гомицидное поведение проявлялось опасными действиями, совершаемыми по механизмам бредовой защиты или реализации бредовой миссии. В первом случае ведущим мотивом являлось возникающее на фоне сенестопатического синдрома стремление избавиться от порчи, сглаза, вызывающих невыносимые страдания. Во втором – убийства осуществлялись в состояниях, характеризующихся экстатически тревожным аффектом, фабулой особой миссии борьбы со злом, убеждением о способности дьявола принимать физический облик других людей в сочетании с императивными галлюцинозом и психическими автоматизмами. Наиболее брутальные формы – физическая агрессия (23,4%) и гомицидное поведение (6,4%) – чаще всего наблюдаются при бреде колдовства; суицидальное поведение с целью слиться с божеством, с космосом – при бреде мессианства(5,0%), а суицидальное поведение, обусловленное чувством вины, – при бреде греховности (21,8%).

Таким образом, бредовое поведение больных с религиозно-архаическим бредом характеризуется широким спектром проявлений – от неупорядоченного дрейфа в сторону неоднородных парарелигиозных и оккультных сообществ в инициальном периоде бредового психоза до грубых брутальных форм (физическая агрессия, гомицидные и суицидальные акты), что следует учитывать при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕГКОГО КОГНИТИВНОГО НАРУШЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРА РАЗВИТИЯ ДЕМЕНЦИИ ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

В.Р.Пиотровская, Н.Г.Незнанов
ГОУ ВПО «Санкт- Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», Санкт-Петербург

Социальная значимость диагностики легкого когнитивного нарушения (ЛКН) обусловлена высокой вероятностью дальнейшего развития деменции. Очевидно, что нарушения когнитивных функций различной этиологии и степени тяжести является причиной низкой комплаентности , социальной дезадаптации и снижения качества жизни пациентов.

По данным проспективных исследований, распространенность деменции в последние десятилетия неуклонно увеличивается. У лиц моложе 65 лет деменция встречается в 2% случаев, с увеличением возраста каждые последующие 10 лет эта цифра увеличивается в среднем на 10%, достигая 45% у лиц 95 лет и старше. Увеличение продолжительности жизни и повышение в структуре населения доли лиц пожилого и старческого возраста еще больше усугубляет эту тенденцию и способствует возникновению экономических и социальных проблем.

Распространенность деменции, в свою очередь, связана с ростом количества сердечно-сосудистых заболеваний, конкретнее – гипертонической болезни (ГБ), которая является одной из причин развития этого состояния. В России, по данным эпидемиологического исследования на представительной выборке населения, распространенность ГБ достигает 41,1% у мужчин и 31,3% у женщин. Частота встречаемости артериальной гипертензии в возрасте менее 40 лет составляет 3,3%, в возрасте 40-79 лет – 27,9%, а в возрасте 80 лет и старше – 49,9% случаев.

Актуальность изучения “промежуточных” стадий когнитивного снижения, таких как “мягкое когнитивное нарушение” (mild cognitive impairment) или ЛКН, при которых еще отсутствуют признаки социальной дезадаптации, определяется тем, что подобные нарушения в дальнейшем развиваются в деменцию, сочетаются с другими психическими нарушениями и соматическими заболеваниями, утяжеляя их течение, и возможно являются предикторами этих расстройств.

Задачами нашего исследования были 1) сравнение состояния когнитивных процессов у лиц с метаболическим синдромом, но не страдающих гипертонической болезнью и у лиц с метаболическим синдромом, страдающих гипертонической болезнью I -II; 2) определение тяжести эмоциональных нарушений у этих двух групп пациентов; 3) оценка влияния эмоциональных нарушений на состояние когнитивных функций у пациентов с метаболическим синдромом, не страдающих гипертонической болезнью и у пациентов с метаболическим синдромом, страдающих гипертонической болезнью I –II; 4) сравнение качества жизни пациентов исследуемых групп. В исследовании участвовали пациенты в возрасте 35-57 лет, использовалась батарея нейропсихологических и психологических методик. Результаты исследования продемонстрировали влияние эмоциональных нарушений на состояние когнитивных функций в исследуемых группах пациентов и влияние минимальных когнитивных нарушений на качество жизни пациентов.

КЛИНИКА, СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ, ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ БОЕВЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Погосов А.В., Сочивко Ю.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Психическое здоровье военнослужащих, участвующих в локальных войнах, относится к числу наиболее актуальных проблем современной психиатрии. Медико-социальные последствия боевой психической травмы, её клинико-психопатологические и лечебно-реабилитационные аспекты являются предметом многочисленных исследований, проведенных в России и за рубежом. В то же время пока еще не разработаны комплексные лечебные программы, рассчитанные на продолжительный период реабилитации лиц, страдающих хроническими боевыми посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР).

Целью настоящего исследования являлось изучение клиники и социальных последствий, а также разработка реабилитационных мероприятий при хронических боевых ПТСР.

Материалы и методы. В работе приводятся результаты клинико-психопатологического, социально-демографического и статистического обследования 315 участников боевых действий при проведении контртеррористической операции в Чеченской республике в период 1993 - 2003 гг. Все участники боевых действий состояли на воинском учете в военном комиссариате Выселковского района Краснодарского края. После ознакомления с целью исследования все они дали добровольное согласие на участие в его проведении. Диагностика ПТСР осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. Для выделения вариантов течения ПТСР (острый и хронический) использовали DSM-IV. Оценка тяжести заболевания проводилась с помощью «Опросника для выявления симптомов посттравматического стрессогенного синдрома (PTSD)».

У военнослужащих – участников боевых действий в Чеченской республике наблюдался высокий удельный вес боевого ПТСР (247 человек – 78,42%). В 81,0% случаев ПТСР принимало хроническое течение.

Клиническая картина ПТСР складывалась из облигатных и факультативных синдромов. Облигатная симптоматика была представлена синдромами «переживаний», «избегания» и «повышенной активации». Факультативная - характеризовалась невротоподобными (депрессивными, соматоформными, тревожными), психопатоподобными (аффективно-неустойчивыми, истерическими) и аддиктивными проявлениями. В зависимости от разновидности факультативного синдрома обозначены следующие клинические варианты хронического ПТСР: невротоподобный, аддиктивный и психопатоподобный.

Социальное положение больных хроническим ПТСР (оцененное по параметрам: образование, трудовой и семейный статус, качество жизни) было ниже, чем у перенесших острое ПТСР (практически здоровые). Наихудший социальный прогноз установлен при психопатоподобном варианте хронического ПТСР.

Несмотря на длительный период, прошедший после участия в боевых действиях, более половины больных (59,0%) с хроническим ПТСР обнаруживали среднюю степень тяжести заболевания; 7,0 % – тяжелую; 34,0% – легкую. Установлена роль дополнительных факторов (психотравмы, соматические заболевания) в хроническом течении ПТСР.

Результаты исследования использованы при разработке программ медико-социальной реабилитации больных, страдающих хроническим боевым ПТСР, проживающих в сельской местности. Для их реабилитации в Выселковском районе Краснодарского края создан сельский «Центр медико-социальной реабилитации». В его работе используется биопсихосоциальный подход с участием полипрофессиональной бригады: психиатр, психиатр-нарколог (в случаях аддиктивного варианта заболевания), психотерапевт, клинический психолог, специалист по социальной работе. Эффективная работа центра обеспечивается межведомственным взаимодействием с подразделениями военного комиссариата, социальной защиты населения, центра занятости, спортивными и ветеранскими организациями.

ИСТОЧНИКИ СРЕДСТВ СУЩЕСТВОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2004-2009 ГГ.

Положая З.Б., Хрунина Г.И., Чуркин А.А.

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

В 2009 г. в Российской Федерации зарегистрировано 2 300 605 психически больных трудоспособного возраста. Из них 30,9% имели работу, 26,6% получали пенсию по инвалидности вследствие психического заболевания, 42,6% имели другие источники средств существования (на иждивении, пенсия, стипендия, пособие по безработице, и т.п.). За пять лет (2004-2009 гг.) число работающих больных в Российской Федерации уменьшилось на 9,4%, число инвалидов вследствие психических заболеваний возросло на 4,8%, число больных, имеющих другие источники средств существования, возросло на 13,8%. В общем числе психически больных трудоспособного возраста доля работающих больных уменьшилась с 35,2 в 2004 г. до 30,9% в 2009 г.; доля инвалидов вследствие психических заболеваний возросла с 26,2 до 26,5%; доля больных, имеющих другие источники средств существования, увеличилась с 38,7 до 42,5%.

В Центральном федеральном округе число работающих больных в трудоспособном возрасте уменьшилось на 4,1%, число инвалидов возросло на 3,6%. Произошло значительное увеличение числа больных, имеющих другие источники средств существования – на 18,3%. Доля работающих в общем числе психически больных трудоспособного возраста упала с 39,4 до 35,8%, инвалидов с 26,8 до 26,4%, но возросла с 33,8 до 37,8% доля больных с другими источниками средств существования.

В Северо-Западном федеральном округе число работающих больных уменьшилось на 10,0%. Доля работающих в общем числе числа больных упала с 39,0 до 36,8%. Число инвалидов вследствие психических заболеваний уменьшилось на 5,9%, а их доля упала с 30,4 до 29,9%. Вместе с тем возросло число больных, имеющих другие источники средств существования – на 3,8%. Возросла с 30,6 до 33,3% доля таких больных в общем числе больных.

В Южном федеральном округе число работающих больных уменьшилось на 13,9%, а число инвалидов возросло на 3,7%. Значительно возросло число больных, имеющих другие источники средств существования, - на 23,4%. Доля работающих в общем числе больных составила 24,3 в 2004 г. и 19,1% в 2009 г., инвалидов соответственно 24,0 и 22,7%, больных, имеющих другие источники средств существования, 51,7 и 58,2%.

В Приволжском федеральном округе число работающих больных трудоспособного возраста уменьшилось на 13,4%, а число инвалидов возросло на 7,1%. Значительно увеличилось число больных, имеющих другие источники средств существования - на 12,0%. Доля работающих больных в общем числе больных упала с 39,5 до 34,0%, инвалидов возросла с 28,2 до 31,2%, имеющих другие источники средств существования с 31,3 до 34,8%.

В Уральском федеральном округе число работающих в трудоспособном возрасте увеличилось с 77237 до 78434 (на 1197 человек, или на 1,5%), число инвалидов с 51566 до 52462 (на 896 человек, или на 1,7%). Значительно увеличилось число больных, имеющих другие источники средств существования, – с 64243 до 86106 - на 21863 человек, или на 34,0%. Доля работающих больных упала с 40,0 до 36,1%, инвалидов с 26,7 до 24,2% при росте доли больных, имеющих другие источники средств существования, с 33,3 до 39,7%.

В Сибирском федеральном округе число работающих сократилось на 19,3%, а их доля - с 33,2 до 27,2%. На 7,1% возросло число инвалидов и на 7,9% - число больных, имеющих другие источники средств существования. Возросла и доля таких больных с 43,2% до 47,3%.

В Дальневосточном федеральном округе число работающих больных увеличилось на 4,0%, а их доля - с 31,1 до 35,0%. Число инвалидов возросло на 0,9%, а их доля - с 21,7 до 23,7%. Уменьшилось число больных, имеющих другие источники средств существования –на 19,5%, доля таких больных - упала с 47,3% в 2004 г. до 41,3% в 2009 г.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Распопова Н.И.
Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии Казахстан, Алматы

Профилактика суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами является актуальной проблемой социальной психиатрии. В целях изучения механизмов формирования суицидальной мотивации и разработки их клинической типологии у больных с психическими расстройствамиобследовано 550 пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар города Алматы в связи с различными формами суицидального поведения.

В клинической структуре психических расстройств у пациентов с суицидальным поведением более половины всех случаев составили шизофрения, шизотипическое и шизоаффективное расстройства (F20-F29) - 58,2%. Существенно ниже оказались доли органических психических расстройств (F00-F09) – 23,5%; расстройств, связанных со стрессом (F40- F49) – 8,7%; расстройств личности (F60.0- F60.9) – 4,5%; аффективных (депрессивных) расстройств (F30- F39) – 2,7% и умственной отсталости (F70- F79) – 2,4%.

Изучение причин и условий формирования суицидального поведения у психически больных позволило выделить понятие механизма суицидального поведения, под которым подразумевается ведущее системообразующее звено в сложном взаимодействии психопатологических, личностных и ситуационных факторов, детерминирующих суицидальное поведение больного с психическим расстройством. В процессе исследования выделены 3 основные группы механизмов суицидального поведения:

1. **Продуктивно-психопатологические механизмы**(57,8% всех случаев), при которых мотивация суицидального поведения непосредственно связана с содержанием психотических переживаний, а другие факторы, принимающие участие в организации поведения (личностно-психологические и ситуационные), играют лишь второстепенную роль.

2. **Негативно-психопатологические механизмы** (20,4%) характеризуются мотивацией, обусловленной негативно-психопатологической симптоматикой, проявляющейся ослаблением, выпадением или деформацией отдельных психических функций в результате основного психического заболевания.

3. **Личностно-психологические механизмы**(21,8%), в формировании которых ведущее значение имеют преморбидные личностные особенности пациентов, определяющие их низкий уровень адаптивных возможностей и стрессоустойчивости с формированием суицидальной мотивации.

Сравнительный анализ пациентов с однократными и повторными (многократными) эпизодами суицидального поведения показал, что риск формирования стойких суицидальных тенденций при отдельных типах механизмов суицидального поведения различен. Наибольшая частота рецидивов суицидального поведения отмечалась у пациентов с негативно-психопатологическими механизмами - 66,3% случаев. При продуктивно-психопатологических механизмах формирования суицидального поведения частота рецидивов была почти в 2 раза ниже - 33,3%.

По результатам проведенного исследования установлено, что механизм суицидального поведения является индивидуально устойчивой формой мотивации и повторяется в последующих эпизодах по типу «клише». Выявленная закономерность может служить основой для построения дифференцированных лечебно-реабилитационных программ профилактики повторных суицидальных действий у больных с психическими расстройствами, позволяет сделать их более целенаправленными и эффективными.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Расторгуева Н. И.
ГБУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница №1, Нижний Новгород

Клиническая психиатрическая больница №1 г. Н.Новгорода максимально приближена к обслуживаемому населению. Обеспеченность стационарными койками - 5,5; местами дневных стационаров - 5,5 на 10 тыс. населения. Концепция деятельности учреждения – социальная психиатрия с развитием внестационарных форм психиатрической помощи, внедрение системы психосоциальной терапии и реабилитации.

Дневной стационар при диспансерном отделении представляет собой отделение «открытых дверей». Преобладают пациенты с тяжелыми хроническими формами психических расстройств (психотические расстройства, в том числе шизофрения - более 50%).

Отделение укомплектовано штатами в соответствии с приказом МЗ РФ № 27 от 1995 года. Лечебно-реабилитационная помощь организована по принципу полипрофессионального подхода. Цель – купирование обострений, управление симптомами заболевания, предотвращение госпитализаций, достижение пациентом максимально возможного уровня автономии, его социализация.

Создание терапевтической среды в отделении, партнерские отношения с пациентом, формирование у него ответственности за процесс своего лечения – первый этап и неотъемлемая часть работы. Индивидуальный план разрабатывается полипрофессиональной бригадой и включает выявляемые у пациента биопсихосоциальные проблемы, цели терапии, комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий.

Все пациенты получают современную медикаментозную терапию с соблюдением принципа эффективности/безопасности. Ведущими формами психосоциальной помощи являются психообразовательные программы для пациентов и их родственников, создание терапевтического сообщества.

Динамика основных показателей дневного стационара и опыт работы показывают, что качественное обслуживание большинства пациентов возможно во внебольничных условиях.

В планах развития – предотвращение «оседания» пациентов в отделениях дневного пребывания, внедрение всех форм психосоциальной терапии в амбулаторном звене, взаимодействие со службами в сообществе, поддержка общественных организаций пациентов и их родственников.

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИНДРОМАХ

Ромасенко Л.В.
ФГУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского», Москва

Клинико-патогенетическая трактовка функциональных соматических синдромов остается проблематичной в медицине из-за неопределенности представлений о их генезе, критериях диагностики и, наконец, из-за значительных трудностей организации эффективной терапии. Сказанное обусловливает необходимость интеграции усилий психиатров и терапевтов.

Цель исследования. Обоснование дифференцированных моделей клинической оценки функциональных расстройств у пациентов общемедицинской практики для совершенствования методов их диагностики и эффективной терапии.

Материал и методы исследования. Пациенты соматического стационара с различными функциональными расстройствами (нейроциркуляторная дистония, функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, синдром гипервентиляции и др.) - 300 клинических наблюдений. Методы исследования - психопатологический, клинический, психометрический с использованием диагностических шкал, статистический.

Результаты исследования. Опыт комплексного изучения функциональных синдромов свидетельствует, с одной стороны, об общности их клинических проявлений в структуре расстройства, а с другой - о возможности и необходимости их дифференциации в зависимости от преобладающих механизмов становления патологии, динамики расстройств. Соответственно, могут быть выделены два варианта исследованной патологии.

Первый из них (собственно функциональные соматические синдромы) представлен висцеро-висцеральными рефлексами либо функциональными расстройствами в связи с нарушением анатомического строения (например, при постхолецистэктомическом синдроме). В клинической картине соматического заболевания функциональные расстройства 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, что способствует накоплению в общей медицине так называемых «трудных больных», жалобы которых противоречат результатам объективного обследования.

Отмеченная психосоматическая синтропия при втором варианте функциональных синдромов предопределяет иную диагностическую модель (в рамках психосоматического расстройства), соответственно, принципиально иную лечебную и реабилитационную тактику с актуализацией потребности лечебно-консультативного участия психиатра.

Заключение. Указанные особенности контингента больных в общемедицинской практике диктуют необходимость междисциплинарного сотрудничества, поскольку речь идет о терапии одних и тех больных, о существовании совокупности проблем, в одинаковой степени актуальных как для интернистов, так и для психиатров. В процессе такого сотрудничества меняются и диагностические представления клиницистов - их все меньше устраивает соматоцентрическая модель ряда распространенных соматических заболеваний, прежде всего так называемых функциональных расстройств; приоритетной в этих случаях становится психосоматическая модель болезни.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Рукина Н.Ю.[1], Макушкина О.А[2].
КГУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», Барнаул[1]
ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского», Москва[2]

Уточнение нозологических границ и особенностей течения шизофрении, разработка эффективных тактик психофармакотерапевтического воздействия – одна из актуальных проблем в области охраны психического здоровья.

С целью определения роли изменившихся подходов к терапии, влияния социально-экономических факторов, соматического статуса пациентов на клиническую картину и динамику шизофренического процесса, проведено безвыборочное исследование 105 больных с диагнозом «Шизофрения», госпитализированных в стационар КГУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Ю.К.» в 2008 – 2009 гг. Использовались клинический, клинико-катамнестический методы, шкалы PANSS и CGI.

Получены следующие результаты. У 45,71% пациентов выявлена наследственная отягощенность психическими заболеваниями. Установлен низкий уровень социально-трудовой адаптации: 88,57% больных не имели постоянной трудовой занятости, 68,57% являлись инвалидами 2-й группы, 10,48% были признаны судом недееспособными. Все пациенты, которые имели работу, занимались низко квалифицированными видами труда. Большая часть исследованных никогда не имела собственной семьи, многие из них постоянно проживали с родителями. Пациенты, постоянно проживающие с родителями, были более комплаентны к участию в лечебном процессе.

Установлена высокая распространенность коморбидности шизофрении с химическими аддикциями. Злоупотребляющих спиртными напитками было 33,33%, употребляющих наркотические и/или другие психоактивные вещества - 8,57% из числа обследованных пациентов.

Полученные данные о социальной опасности больных (10,5% пациентов ранее привлекались к уголовной ответственности) свидетельствуют об актуальности проведения целенаправленной работы по профилактике общественно опасных действий, прогнозированию вероятности их совершения лицами, страдающими шизофренией.

Изучена клиническая характеристика и клинико-динамические закономерности шизофренического процесса. Установлена наибольшая распространенность в клинике галлюцинаторно-параноидного (22,86%), психопатоподобного (21,91%), параноидного (14,29%) и аффективно-бредового (13,33%) синдромов. У пациентов с длительностью заболевания до 5 лет в клинической картине преобладала продуктивная симптоматика в виде слуховых обманов восприятия, бредовых идей преследования, отношения, воздействия. При давности болезненного процесса более 5 лет на первый план выступали психопатоподобные нарушения, большую распространенность имела склонность к алкоголизации, злоупотреблению психотропными препаратами или употреблению наркотических веществ, асоциальному образу жизни.

Выявлена высокая распространенность плохой переносимости психотропных препаратов. Побочные эффекты проводимой психофармакотерапии имели место у 62,9% больных. Доказана взаимосвязь между формированием побочных эффектов и наличием заболеваний сердечно-сосудистой системы, развитием респираторно-вирусных инфекций. Длительность пребывания в круглосуточном стационаре пациентов с побочными эффектами терапии была достоверно выше длительности пребывания больных, хорошо переносивших лечение психотропными препаратами.

Изложенное, на наш взгляд, представляет определенный интерес в решении проблемы обеспечения качества оказания специализированной помощи больным шизофренией.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОММУНИКАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ СЛУЖБ В ОБЩЕМЕДЕЦИНСКОЙ СЕТИ

Савельев Д.В.[1], Меркин А.Г.[2]
Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова[1], Москва
Институт повышения квалификации ФМБА России[2], Москва

Динамика развития мировой и отечественной психиатрии идёт по пути приближения психиатрической помощи к населению, что соответствует положениям, изложенным ещё П.Б. Ганнушкиным. Соответственно, растёт штатная численность психиатров и психотерапевтов в общесоматических стационарах, увеличивается штат психиатрической службы в структуре скорой медицинской помощи (СМП). Всё это приводит к большей доступности психиатров для врачей общесоматической сети, которые всё чаще прибегают к их помощи в своей повседневной практике.

Вместе с несомненной пользой подобного междисциплинарного взаимодействия специалистов, со стороны соматических врачей достаточно часто отмечаются случаи злоупотребления возможностью более тесного контакта с психиатром, который начинает привлекаться не только для проведения специализированного лечения и консультаций в сложных клинических ситуациях, но, вообще, во всех случаях имеющихся, по мнению лечащего врача, нарушений поведения у пациента. При этом попыток анализа мотивов поведения пациента перед назначением консультации не предпринимается, и психиатр вызывается, зачастую, для того, чтобы переложить на него процесс достижения контакта с больным и снять с лечащего врача ответственность за судьбу пациента. Согласия у пациента на консультацию врача-психиатра в этих случаях, как правило, не берётся.

Всё это приводит к значительному росту числа необоснованных запросов на консультацию к психиатру. Так, по данным ССиНМП им. А.С. Пучкова г. Москвы, количество непрофильных вызовов психиатрических бригад СМП в соматические стационары достигает 30%. Число же необоснованных вызовов штатных психиатров и психотерапевтов соматических стационаров ещё выше. При этом справедливое требование психиатра обосновать вызов с позиций действующего законодательства принимается врачом-интернистом «в штыки» и расценивается как неколлегиальное поведение и нежелание помочь, а попытка разъяснения психиатром порядка психиатрического освидетельствования часто ещё более усугубляет конфликтную ситуацию.

Вследствие подобного рода конфликтов, в конечном итоге, нарушается Федеральное законодательство в области оказания психиатрической помощи, возрастает непрофильная нагрузка на психиатров и происходит ещё большая дискредитация психиатрической службы в глазах врачей-интернистов, её стигматизация и стигматизация пациентов.

Таким образом, положительный процесс расширения психиатрической службы и приближения её к общесоматической лечебной сети в ряде случаев приводит не только к позитивным, но и к негативным результатам, нарушающим комплаенс «лечащий врач-пациент» и «интернист-психиатр».

К настоящему времени разработаны различные модели оказания комплексной соматопсихиатрической помощи на базе общесоматических лечебных учреждений. В частности, процессу совершенствования реализации этих моделей в повседневной клинической практике была посвящена коллегия Департамента здравоохранения г. Москвы 11 ноября 2010, и некоторые из данных подходов уже используются. Тем не менее, структура оказания этого вида помощи требует дальнейшего улучшения.

Всё это обусловливает необходимость более интенсивной законодательной и исполнительной деятельности в системе здравоохранения, а также активной психообразовательной работы среди врачей соматического профиля и мероприятий по повышению их правовой грамотности с включением в этот процесс администрации ЛПУ.

ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ (НА ПРИМЕРЕ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)

Семенова Н.В.
НИПНИ им. В.М.Бехтерева, Санкт-Петербург

Проведенное в Ленинградской области в 2000-2009 гг. эпидемиологическое исследование показало, что за последнее десятилетие регистрируется неуклонный рост заболеваемости населения аффективными расстройствами, сопровождающийся перераспределением удельного веса аффективных психотических и непсихотических расстройств в сторону значительного преобладания последних. Большинство пациентов с аффективными расстройствами являются лицами трудоспособного возраста, что обусловливает высокую социальную значимость этой патологии. Обнаруженный дисбаланс в показателях городского и сельского населения свидетельствует также о существенных недостатках в выявлении и наблюдении больных с аффективной патологией именно в сельской местности.

Исследование показало, что расчетная (предполагаемая) потребность населения Ленинградской области в медицинской помощи по поводу аффективных расстройств (как на уровне первичного звена здравоохранения, так и специализированной психиатрической службы) в десятки раз превышает реально существующие объемы ее, причем, по прогнозным оценкам, такая потребность будет возрастать. В этой ситуации задачи своевременной диагностики, адекватной терапии и эффективной профилактики аффективных расстройств, особенно у населения сельской местности, перестают быть прерогативой специализированной психоневрологической службы и попадают в компетенцию учреждений первичной медицинской сети.

Сложность ранней диагностики аффективной патологии в первичной медицинской сети обусловлена частой встречаемостью маскированных форм депрессий с доминированием соматических жалоб. Тем не менее, имеются клинические, психологические и социальные признаки, выявление которых позволяет констатировать наличие депрессивной симптоматики на ранних стадиях развития заболевания. Проведенный анализ ресурсов учреждений первичной медицинской сети выявил ряд серьезных недостатков, среди которых, в первую очередь, следует обозначить дефицит кадров врачей и среднего медицинского персонала, сокращение количества ЛПУ первичного звена, проблемы с материально-техническим обеспечением и состоянием зданий медицинских учреждений. Особенно остро указанная нехватка ресурсов проявляется в системе оказания медицинской помощи сельскому населению.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения наиболее эффективной представляется многоуровневая модель управления качеством медицинской помощи, основанная на международных стандартах и технологиях всеобщего менеджмента качества и оценивающая качество медицинской помощи по трем составляющим – структуре, процессу и результату. Повышение эффективности деятельности медицинских учреждений первичного звена, в частности, в вопросах ранней диагностики, терапии и профилактики аффективных расстройств, не может быть достигнуто без изменения структуры и принципов управления ЛПУ этого профиля с учетом особенностей их постоянного и разностороннего взаимодействия с другими учреждениями и структурами. Другой важной предпосылкой повышения качества медицинской помощи является создание системы психообразования и психопрофилактики для широких слоев населения, например, в виде «Школ здоровья».

Субъективная удовлетворенность пациента лечением служит одним из основных индикаторов качества результата медицинской помощи населению. Изучение мнения пациентов об организации и деятельности медицинских служб представляет собой механизм обратной связи, необходимый для обеспечения надлежащего уровня качества медицинской помощи. Исследование субъективной удовлетворенности пациентов следует проводить с использованием методов социологического опроса и психометрических методик.

СОЦИАЛЬНО НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ФОБИЙ

Сергеев И.И., Михалевская О.В., Чугунов Д.А
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель исследования: изучение влияния фобических расстройств на социальное функционирование пациентов.

Материалы и методы: обследовано 210 пациентов с фобическими расстройствами невротического и шизофренического спектров, у которых патологический страх занимал ведущее положение в клинической картине. Все обследуемые – жители мегаполиса (г. Москва) в возрасте от 18 до 60 лет, госпитализированные в психиатрические больницы города. Использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический методы и модифицированный опросник для оценки социального функционирования и качества жизни больных.

Результаты: выявлено, что у многих больных фобии привели к существенному, а нередко и к глубокому снижению социального функционирования больных, полному или почти полному избеганию вызывающих страх ситуаций. У 26% обследованных установлены 2 или 3 группа инвалидности. Почти такая же доля больных была фактически нетрудоспособна, находясь на иждивении родственников. Эти пациенты негативно относились к оформлению инвалидности в связи с возможной дискредитацией или по сходным мотивам. Фобические расстройства дезадаптировали, создавали многочисленные, трудно разрешимые проблемы семейного, сексуального, служебного, личного и иного порядка. Особенно значительный социальный ущерб установлен при транспортных фобиях, танатофобии, диспсихофобии, гомицидо - и суицидофобии, ипохондрических (инфаркто-, кардио-, инсульто-, спидо-, сифилофобиях) и ряда других. Именно фобический невроз при большой стойкости и тяжести страхов приводил к госпитализации в общепсихиатрический стационар, а в некоторых случаях к - недобровольной госпитализации. Наибольшим социальным ущербом обладала панагорафобия. В итоге возникали стойкие и интенсивные страхи с полным или почти полным отказом от выхода из дому.

Заключение: фобии занимают первое место среди невротических расстройств по разнообразным нарушениям социального функционирования пациентов.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО МОДЕРНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сорокина В.А., Грачева Т.Ю.
ГУЗ КОКПБ, Кемерово

Цель исследования: изучение нормативно-правовой базы, регламентирующей модернизацию психиатрической службы Кемеровской области, для создания алгоритма управленческих действий по реализации поставленных задач

Материалы и методы: изучены и распределены по сфере влияния, срокам исполнения, рекомендательному или обязательному характеру исполнения, уровню ответственности регламентирующие документы федерального и областного уровня,. Среди нормативно-правовых актов федерального уровня можно выделить: ст. 50 Программы модернизации здравоохранения федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 14.06.2011) “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”; ст. 5. Реализация программ модернизации здравоохранения в законе от 08.12.2010 № 333-ФЗ “О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов”; Постановление Правительства РФ от 15.02.2011 № 85 “Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011 - 2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования”; Постановление Правительства РФ от 07.02.2011 № 60 “О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации”. Предусмотренные средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации направляются на: укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов (техническая готовность указанных объектов на 1 января 2011 г. должна составлять не менее 80% фактически произведенных застройщиком затрат от сметной стоимости строительства объекта), текущий и капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования; внедрение современных информационных систем в здравоохранение, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде; внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами. На региональном уровне среди нормативно базы имеется: раздел 2.1. Модернизация системы здравоохранения Закона Кемеровской области от 11.07.2008 № 75-ОЗ “Об утверждении Программы социально-экономического развития Кемеровской области до 2012 года” , Постановление Коллегии Администрации Кемеровской области от 18.03.2011 №101 “Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Кемеровской области на 2011 - 2012 годы” и от 19.04.2011 № 176 “О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках Программы модернизации здравоохранения Кемеровской области на 2011 - 2012 годы”

Результаты: Разработаны приказы уровня областной психиатрической больницы, а также примерные типовые приказы по отдельным организациям (психиатрическим больницам и кабинетам области), регламентирующие указанный раздел работ. Сформирован прогноз по видам ответственности (дисциплинарная, гражданско-правовая, административная, уголовная) в случае неисполнения или исполнения с нарушениями сроков.

Заключение: Эффективное управление и организация работы по модернизации психиатрической службы невозможны без анализа правовой базы. В результате анализа и выявления возможных рисков процедур сформирован алгоритм управленческих действий и пакет рекомендуемых локальных нормативных актов, что позволит более эффективно модернизировать психиатрическую службу.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Степанова О.Н., Шеллер А.Д.
БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», Омск

Качество психофармакологической терапии влияет на клинические характеристики патологического процесса и социальные показатели. Для реализации Программы Дополнительного лекарственного обеспечения сформирован Перечень лекарственных средств с включением высокоэффективных препаратов. В Омской области льготное лекарственное обеспечение координируется комиссией, состав которой утвержден распоряжением Губернатора Омской области и Министерством здравоохранения Омской области. Министерством здравоохранения Омской области и главными внештатными специалистами одними из первых в России были сформированы реестры больных, нуждающихся в получении обозначенных лекарств, в том числе, больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Критерии для перевода на лечение атипичными нейролептиками - резистентность к предыдущей психофармакотерапии, нестойкое улучшение, выраженные побочные эффекты, тяжелая сопутствующая патология, трудоспособный возраст, частые госпитализации. Эффективность современных подходов в лечении часто госпитализируемых пациентов выявлена в работе Отделения интенсивного лечения в сообществе Омской психиатрической больницы. До назначения препаратов 188 человек (27,9%) госпитализировались в течение года в стационар круглосуточного пребывания, после перевода на современную терапию регоспитализации снизились до 48 (7,1%,). Сокращение средней продолжительности пребывания этих больных в стационаре с 74 до 66 дней. Выявлен и экономический эффект. Стоимость стационарного лечения исследуемой группы больных до назначения современных препаратов составила 3519736 руб., а после перевода на атипичные нейролептики 801504 руб. У пациентов улучшилось социальное функционирование, многие трудоустроились. В целом улучшение достигнуто в 100% случаев. В 2010 году в Омской области введена Региональная целевая программа для пациентов с первым психотическим эпизодом и пациентов с высоким риском совершения общественно опасных действий. Она позволяет бесперебойно обеспечивать эти контингенты современными высокоэффективными препаратами.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ И АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ШВЕЦИИ

Й. Хансон
Стокгольм, Швеция

В конце 1960-х гг. в Швеции функционировало 35 000 коек на 7 млн. населения. Психиатрическая помощь заключалась, в основном, в наблюдении за пациентом и фармакотерапии , а также в предоставлении жилья питания пищи. Внебольничная помощь по существу была не развита. В настоящее время в Швеции функционирует намного меньше стационарных коек. Это связанго связано с происходившим в стране процессом деинституционализации. Ее причинами стали такие факторы, как появление новых нейролептиков, методов и техник, направленных на амбулаторную помощь пациентам, а также весьма серьезная критика, как условий пребывания пациентов в психиатрических больницах, так и высокой стоимости стационарного лечения. До процесса институционализации психиатрия в Швеции была «секторальной», так как была представлена психиатрическими клиниками, на которые возлагалась ответственность за осуществление стационарной и амбулаторной помощи в определенном географическом секторе проживания пациентов. В процессе деинституционализации возникали и проблемы, связанные с тем, что сокращение коек и оказываемой стационарной помощи опережало создание условий для полноценной амбулаторной службы, включая отсутствие навыков персонала для реализации внебольничной помощи. В настоящее время в Швеции все расходы, связанные с содержанием и лечением пациентов покрываются муниципалитетами, а не психиатрическими службами, действующими, однако, в тесном сотрудничестве.

В Швеции в настоящее время основаниями для осуществления стационарной (круглосуточной) помощи служат следующие факторы. С точки зрения психиатрии, это - острая необходимость назначения фармакологического лечения, которое не может быть адекватно осуществлено в амбулаторных условиях, обычно в силу неспособности пациента к сотрудничеству, а также острая необходимость предотвращения суицидальных действий. С точки зрения социальной службы, это - предоставление жилья и поддержка пациентов с акцентом на их неспособности к самостоятельной жизни. Стационарная помощь оказывается также и в пенитенциарной системе и судебно-психиатрических отделениях в случаях, когда правонарушители обнаруживают психические расстройства и нуждаются в лечении.

Амбулаторная помощь осуществляется семейными врачами при несложных психических расстройствах (невротические депрессии, злоупотребление алкоголем). В более сложных случаях (выраженные депрессии, психотические расстройства) оказывается специализированная психиатрическая помощь, в обязанности которой входит консультирование врачей семейной медицины, а также тесное сотрудничество со стационарами и социальными работниками. В рамках внебольничной службы функционируют специализированные центры лечения зависимостей, амбулаторные судебно-психиатрические отделения, а также так называемые «суперспециализированные» отделения (для лечения аффективной патологии, аутизма, синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), расстройств пищевого поведения, первичных психотических расстройств, суицидальных тенденций, а также для подростков и для лиц пожилого возраста). Новым форматом амбулаторной помощи в Швеции являются когнитивная психотерапия по Интернету с возможностью круглосуточного общения, электронная запись пациентов на прием и переписка с ними, интеграция с семейной медициной, частная психиатрия, стимулирование экономической деятельности с развитием платных услуг, и наконец, свобода выбора пациентом врача, оказывающего помощь.

КОНТИНГЕНТ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПНД: КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГРУПП, РАЗЛИЧАЮЩИХСЯ ПО ДЛИТЕЛЬНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ

Харабурова Т.Л.
Нижегородская областная психоневрологическая больница №3, Нижний Новгород

Цель исследования – выявить изменения клинической структуры диспансерного контингента больных шизофренией и близкими к ней расстройствами, возникающие по мере увеличения длительности наблюдения.

Материал исследования – медицинская документация РПНД о больных шизофренией и близкими к ней расстройствами, проживавших в двух районах г. Саранска и находившихся на диспансерном наблюдении на 1 апреля 2007 г.

Метод исследования: Отобраны три группы, различающиеся по времени первичного обращения в РПНД: 1953-1969 гг. (группа А), 1980-1989 гг. (группа Б), 1997-2007 гг. (группа В). Группы сопоставлялись по следующим параметрам: формы течения болезни, состояние на момент обследования (ремиссия или активное течение болезни).

Результаты. Группа А: психотические формы (параноидная, кататоническая и гебефреническая шизофрения) – 67,1%; непсихотические формы – 32,85%. На момент обследования состояние ремиссии отмечено у 94,3% больных, активное течение болезни – у 5,7%.

Группа Б: психотические формы – 62,0%, непсихотические формы – 36,2%, шизоаффективные психозы –1,8%. На момент обследования состояние ремиссии отмечено у 87,6% больных, активное течение болезни – у 12,4%.

Группа В: психотические формы – 73,3%; непсихотические формы – 21,0%; неуточненные формы – 3,5%; биполярное аффективное расстройство – 2,2%. На момент обследования состояние ремиссии отмечено у 83,5% больных, активное течение болезни – у 16,5%.

Заключение. В дополнение к известному феномену накопления тяжелых больных в контингенте психоневрологических диспансеров удалось показать, что с течением времени из этих контингентов «вымываются» не только наиболее легкие, но и наиболее тяжелые больные (с продолжающимся активным течением болезни).

ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ, МЕХАНИЗМОВ ЗАЩИТ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОГИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р., Норина М.Ю.
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

Цель исследования: изучение влияния профиля личности, механизмов защит и копинг-стратегий на выраженность тревоги у пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня.

Материал исследования: пациенты с тревожными расстройствами невротического уровня. Основная группа: 60 пациентов (отделения санаторного типа, ГУЗ ПБ № 14 г. Москвы). Контрольная группа: 60 здоровых испытуемых. Группы сопоставимы по возрасту и полу. Методы исследования: клинико-психологический (оценочная клиническая шкала тревоги Шихана, опросник Плутчика-Келлермана-Конте, тест Лазаруса, опросник СМИЛ Л.Н.Собчик), математическая статистика (корреляционный и факторный анализ; множественная регрессия).

Результаты. Нарастание тревоги связано с усилением проявлений преобладающего среди пациентов тревожно-мнительного типа характера ($r=0,57$; $p<0,05$). Тревога пациентов связана с избеганием жизненных трудностей ($r=0,54$; $p<0,05$) и конфронтацией с социальными нормами ($r=-0,66$; $p<0,05$). Нарастание социальной изоляции и гиперкомпенсация проблемных сфер усиливают тревогу. В стрессовой ситуации активность испытуемых из группы нормы направлена на себя (самоконтроль, создание положительного настроя в ситуации фрустрации), тогда как активность пациентов с тревожными расстройствами направлена вовне – поиск помощи со стороны окружающих. Самоконтроль пациентов направлен на подавление спонтанности ($r=0,59$; $p<0,05$), что затрудняет творческую самореализацию и балансирование с ее помощью базовой тревоги. Использование пациентами примитивных механизмов психической защиты сочетается с высоким показателем инфантильности ($r=0,53$; $p<0,05$). Смысл нормальной тревоги заключается в конфронтации с трудностями, в то время как смыслом патологической тревоги - избегание и отрицание трудностей.

Выводы:

1) Нарастание тревоги связано с усилением проявлений тревожно-мнительного характера пациентов.

2) Смысл нормальной тревоги заключается в конфронтации с трудностями. Смысл патологической тревоги - избегание и отрицание трудностей.

3) Самоконтроль пациентов направлен на подавление спонтанности.

4) Низкая включенность в социум усиливает тревогу пациентов.

5) Гиперкомпенсация пациентами проблемных сфер усиливает тревогу.

6) Использование незрелых механизмов психической защиты среди пациентов сочетается с высоким показателем инфантильности.

7) При стрессе пациенты с тревожными расстройствами ищут помощь со стороны окружающих, в то время как испытуемые из группы нормы задействуют собственные ресурсы.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СОЗДАНИИ СТАНДАРТОВ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., Ханнанова А.Н., Иванов А.А.
Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Шизофрения — хроническое психическое заболевание, распространенность которого составляет около 1% взрослого населения. Из-за высокой социальной и экономической значимости заболевания терапия шизофрении имеет огромное значение.

Общепринятой в большинстве стран мира практикой на пути развития психофармакотерапии стали разработка и введение стандартов лечения различных групп психических расстройств.

Многие авторы современных зарубежных стандартов лечения шизофрении указывают, что при выборе терапии не следует ориентироваться на клинические особенности состояния больного [Baldessarini R.J., 2006; Carpenter W.T., 2007]. Такая точка зрения основана на традиционной для американской психиатрии позиции об отсутствии в спектре действия нейролептиков избирательного антипсихотического эффекта и их равной эффективности при различных симптомокомплексах. Несмотря на сильное влияние американской психиатрической школы в России, проявившееся в принятии МКБ-10, в клинической практике параллельно сохраняется тонкая клиническая диагностика с использованием классических клинических форм шизофрении, что важно для прогноза течения заболевания и оценки эффективности проводимой терапии, ориентированной на ремиссию.

По существующим в данный момент стандартам, используемым в РФ, лечение острого состояния шизофрении начинают с назначения типичных нейролептиков. Выбор конкретного препарата зависит от психопатологической структуры приступа (обострения). При психомоторном возбуждении с агрессивностью, подозрительностью, напряжением, враждебностью, негативизмом применяют нейролептики с седативным эффектом, чаще парентерально. При этом во всех странах считается неадекватным лечение с использованием нескольких нейролептиков одновременно. Антипсихотический эффект достигается варьированием используемых доз одного препарата. Кратковременно допускается использование одного антипсихотика и одного седативного нейролептика при психомоторном возбуждении. Ошибочными во всех стандартах являются одновременное назначение типичных и атипичных нейролептиков. Типичные нейролептики в подострых состояниях используются в пероральной форме с постепенным повышением доз до первых проявлений терапевтической эффективности или появления побочного эффекта. Допускается смена типичных нейролептиков с различной химической структурой при отсутствии отдаленных терапевтических эффектов в течении 2-3 недель.

На этапе редукции галлюцинаторных и бредовых расстройств и стабилизации состояния больные продолжают прием нейролептиков, которые оказались эффективными в лечении острых расстройств. После установления ремиссии, дозы препаратов снижаются до уровня, когда стимулирующий эффект становится выше седативного. На этапе стабилизации и ремиссии у больных параноидной шизофренией с отсутствием критики к болезни используются депо-препараты.

Назначение атипичных нейролептиков в российских стандартах, что совпадает со стандартами многих стран, должно быть в следующих случаях: при непереносимости типичных нейролептиков; резистентности к двум химическим группам типичных нейролептиков в течении 8 недель; указаниях на неэффективность и непереносимость типичных нейролептиков при предыдущих психозах; формировании фармакологической апатической депрессии в структуре редуцированного психоза (вторичной негативной симптоматики, имитирующий шизофренический дефект).

РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Чеперин А.И., Антошкина Н.К., Степанова О.Н.
БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», Омск

В психиатрической службе Омской области произошли позитивные изменения в оказании лечебно-реабилитационной помощи больным. Оптимизация психиатрической службы включала определение проблем в работе, анализ электронных данных, определение проблемных групп больных. В концепции преобразований поставлены задачи по усовершенствованию деятельности службы. Развитие инновационных пилотных форм в структуре психиатрической службы (Программы «Первый психотический эпизод», «Интенсивное лечение в сообществе», «Жилье с поддержкой», Реабилитационный комплекс, АПНЛ с кабинетом АДН, Антикризисная служба) происходило параллельно с совершествованием АСУ, разработкой электронных программ учета реабилитационной деятельности. Преобразования стали эффективными благодаря взаимодействию с экспертами в области развития психиатрии в РФ, повышению квалификации сотрудников. Конкретизация требований больницы к специалистам, накопление методического инструментария обогатило реабилитационную работу. Развитие системы непрерывного образования на базе больницы при взаимодействии с вузами привело к развитию студенческих практик на базе больницы, участию волонтеров в реабилитации. В процесс усовершенствования вовлечены традиционные подразделения, происходит их ориентация на современные условия. Сегодня можно уверенно говорить о слаженной работе, преемственности отделений и программ, их взаимодействии. Алгоритм оптимизации службы включает: выявление проблемы, разработку технологии оказания помощи проблемным больным в стационарных, внебольничных и амбулаторных условиях, создание соответствующих реабилитационных структур, отработку их взаимодействия с уже существующими, программный характер взаимодействия, анализ данных о работе программы, внесение корректив. Алгоритм универсален и позволяет психиатрической службе быстро реагировать на происходящие изменения, удобен в работе администраторов в области здравоохранения, позволяет избежать нерациональных действий со стороны медперсонала и позитивно сказывается на качестве оказания психиатрической помощи.

ПРИМЕНЕНИЕ АНИМАЛОТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ

А.П. Чуприков, М.А. Чуприкова
Национальная медицинская академия последипломного образования, Украина, Киев

По мере того как современный человек все больше отдаляется от живой природы, во всем мире возрастает интерес к анималотерапии (АТ) - терапии с использованием животных (дельфинов, лошадей, собак). АТ активно применяется в Европе и в Америке прежде всего как средство реабилитации в детской психоневрологии. В частности, АТ применяется как самостоятельно, так и в комплексном лечении детей с аутизмом, задержками психо-речевого развития, умственной отсталостью, последствиями перинатальной энцефалопатии и ДЦП. Среди стран СНГ в Украине впервые попытались ввести врачебный контроль за назначением, проведением и подведением итогов АТ, обсуждается вопрос подготовки кадров реабилитологов – детских психиатров в медицинских ВУЗах. Если учесть, что в Украине имеется 15дельфинариев и 25 центров иппотерапии, то обсуждение вопроса врачебного контроля за их работой назрело.

Из психоневрологических эффектов АТ надо отметить, прежде всего, влияние на эмоциональный статус и когнитивные возможности ребенка. Наиболее ярко это проявляется в ходе дельфинотерапии и ее последствий: у детей с аутизмом появляется положительное настроение и «глазной контакт», они становятся более общительными, восприимчивыми к обучению, обогащается речь. В лечении аутизма более качественные эффекты возникают при совмещении АТ с адекватно подобранным фармакотерапевтическим сопровождением (риспетрил, стратера, концерта, кортексин и др.). Возможны повторные курсы АТ и суммирование ранее достигнутого эффекта с новыми достижениями. Вместе с тем уже сегодня определены противопоказания для проведения АТ: наличие в анамнезе ребенка эпилепсии или эпилептиформных состояний является абсолютным противопоказанием из-за возможности провоцирования пароксизмов и отсутствия стойкого эффекта.

У нас накоплен значительный опыт применения АТ у взрослых больных с нозологией пограничного профиля. Неглубокие невротические депрессии, в т.ч. с фасадом в виде «хронического утомления», «синдрома истощения», отступают в результате дельфино- и иппотерапии. Результаты, достигаемые в ходе дельфинотерапии, более яркие, а в ходе более растянутой во времени иппотерапии – более стойкие. В ряде случаев удавалось совмещать два вида АТ у одного больного, хотя лучше их растянуть во времени, отдалить во времени один вид от другого.

Популяризуя АТ, мы отдаем себе отчет в том, что все ее виды являются финансово затратными, т.к. общение каждого животного и ребенка сопровождает бригада: врач – медпсихолог – тренер. Кроме того, содержание животных, с позиций биоэтики, требует создания комфортных условий, приобретения дорогостоящего оборудования, содержания штата обслуги. АТ, несмотря на всю ее привлекательность для родителей, подчас является для них непосильным бременем. Оплата АТ для детей с особыми потребностями средствами муниципалитетов делает ее доступной и для бедных семей. Обычно это возможно в тех городах, где родители таких детей объединены в ассоциации и способны отстаивать их интересы.

О ПРИМЕНЕНИИ БРИГАДНОГО МЕТОДА ОБСЛУЖИВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2010 Г.

Чуркин А.А., Творогова Н.А.
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

В 2010 г. были впервые получены статистические данные о числе психически больных, получивших законченный курс лечения/реабилитации бригадным методом, включая реабилитацию в психосоциальных группах,по амбулаторным и стационарным психиатрическим учреждениям страны В амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) общее число пролеченных бригадным методом больных составило 277374 человека, что по отношению к общему числу обратившихся за психоневрологической помощью больных (4187,9 тыс. человек) составило 6,6%. Наибольшее число пролеченных бригадным методом оказалось среди взрослых больных - 72,5%, среди детей - 21,4%, среди подростков – 6,1%. По федеральным округам удельный вес больных, пролеченных в АПУ бригадным методом, включая реабилитацию в психосоциальных группах находился в довольно широком диапазоне: Дальневосточный – 1,7%, Центральный – 2,3%, Приволжский – 5,1%, Северо-Кавказский – 5,4%, Уральский – 7,8%, Северо-Западный – 10,1%, Южный – 10,3%, Сибирский – 12,1%. Как видим, разброс в показателях довольно значительный – от 1,7 в Дальневосточном до 12,1% в Сибирском округах при среднем по РФ - 6,6%.

В 16 территориях страны вообще не было пролеченных в АПУ бригадным методом больных (Московская, Смоленская, Ярославская, Новгородская, Магаданская области, Ненецкий АО, Еврейская АО, республики Адыгея, Калмыкия, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкессия, Марий Эл, Удмуртия, Алтай, Якутия).

В стационарных учреждениях психиатрической службы законченный курс лечения бригадным методом, включая реабилитацию в психосоциальных группах, получили 159121 человек, что к общему числу выбывших из стационаров психически больных (638 тыс. человек) составило 24,9% (почти каждый четвертый выбывший). По федеральным округам доли пролеченных бригадным методом больных, включая реабилитацию в психосоциальных группах, в общем числе выбывших также заметно различались. Удельный вес таких больных в общем числе выбывших в 2010 г. составил по округам: в Северо-Кавказском – 12,1%, Дальневосточном – 13,0%, Центральном – 13,7%, Южном – 14,4%, Северо-Западном – 22,4%, Приволжском – 36,2%, Сибирском – 41,9%, Уральском – 42,7%. В стационарных учреждениях разница в охвате больных бригадным методом лечения также значительна (от 12,1 в Северо-Кавказском до 42,7% в Уральском округах).

Вместе с тем в 18 территориях в психиатрических стационарах страны не была налажена работа по лечению и реабилитации больных бригадным методом, включая реабилитацию в психосоциальных группах. Это –Брянская, Курская, Московская, Смоленская, Ярославская, Магаданская и Сахалинская области, Ненецкий АО, Еврейская АО, а также республики - Адыгея, Калмыкия, Дагестан, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкессия, Удмуртия, Алтай, Хакасия, Якутия.

О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ ЦЕНТРОВ КОРРЕКЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Шадрина И.В.
ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия», Челябинск

Цель: выявление и коррекция лиц с аддиктивными расстройствами поведения; методологический контроль за уже имеющимися и вновь создаваемыми группами психологического тренинга; объединение общественных и религиозных организаций в оказании помощи лицам с зависимостями; проведение независимой экспертизы деятельности психологических групп.

Результаты. В России увеличивается число лиц с аддиктивными расстройствами поведения. Широко известны следующие формы зависимостей – алкогольная, наркотическая, игровая, интернет-зависимость. Однако в последнее время появилась новая форма зависимости, на которую должны обратить внимание врачи-психиатры. Это зависимость общения или зависимость от психологических групп (разнообразные неконтролируемые тренинги), деструктивных групп (сект), неорелигиозных организаций.

Известно, что любая зависимость формируется при наличии психологических проблем у конкретной личности, при этом страдает также функция воли и влечения, которая, во многом, определяет поведение. Причем, люди с волевыми и личностными проблемами сами стремятся к вхождению в разнообразные группы. Этим активно пользуются организаторы деструктивных культов и неорелигиозных движений.

Наиболее опасными в плане формирования зависимостей являются психотерапевтические тоталитарно-деструктивные культы (секты), создаваемые на основе синтеза оккультно-религиозных доктрин и различных психотехник, декларирующие направленность на личностный рост и раскрытие высокого потенциала личности. При этом используются неэтичные техники манипулирования для вербовки и удержания своих адептов. В сектах ведется деструктивный многоаспектный контроль: сознания, поведения, мышления, эмоций. Также применяется жесткий информационный контроль. Социальный аспект идеологии сект основывается на тотальном эгоцентризме. Все методы направлены на психологическое подавление личности, что обусловливает формирование зависимого поведения. Адептам задается прогнозируемое поведение (в зависимости от целей и задач группы), которое в дальнейшем можно легко активизировать в соответствии с требуемой ситуацией (проведение террористического акта и т.п.).

Вызывает серьезное опасение приход в секты большого количества молодежи. Среди сектантов создаются молодые семьи. Особую группу составляют психически неуравновешенные личности и больные, которым запрещено обращаться за помощью к психиатрам. Организаторами таких сообществ порой являются люди с психологическим образованием и даже врачи-психиатры (например, Оренбургский общественный благотворительный фонд самосовершенствования). В некоторых сектах делается крен в сторону прикладной политики, а религиозные доктрины преобразовываются в политические учения.

Заключение: учитывая нарастающую некомпетентность общества по отношению к разнообразным деструктивным способам влияния на личность, создается угроза национальной безопасности. С целью решения этой проблемы целесообразно создание региональных центров коррекции и лечения аддиктивного поведения. В связи с тем, что зависимое поведение зачастую обусловлено проблемами со стороны психики, создание таких центров целесообразно на базах крупных психиатрических больниц, где имеются условия для диагностики и лечения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТИПОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ СНА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (по данным эпидемиологического исследования)

Шамне Р.В.[1], Макушкина О.А.[2]
КГУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К.», Барнаул[1]
ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского», Москва[2]

Нарушения сна являются одной из распространенных причин обращения пациентов за медицинской помощью. Проблемы со сном часто сопровождают многие соматические и психические заболевания, в ряде случаев модифицируя их клинические проявления, утяжеляя течение. По данным Я.И. Левина, Г.В. Коврова (2008), А.С. Аведисовой (2008) частота встречаемости инсомнии при психогенно обусловленных невротических психических расстройствах варьирует от 70 до 100%.

Высокая актуальность этой проблемы вызывает исследовательский интерес. В 2008 г. была инициирована работа по изучению распространенности, характера и особенностей течения нарушений сна у жителей Алтайского края, страдающих невротическими расстройствами.

На базе Психотерапевтического центра (ПТЦ) КГУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К.» проведено эпидемиологическое исследование, направленное на изучение распространенности и типологии нарушений сна при различных формах невротических расстройств. Проанализирована медицинская документация всех пациентов, находившихся на амбулаторном лечении в ПТЦ в 2009 году.

Всего в 2009 г. в ПТЦ обратились 2819 человек, из них невротические расстройства были диагностированы у 1507, расстройства сна неорганической этиологии – у 15 больных. Общее число обследованных пациентов составило 1522.

В исследовании принимали участие мужчины – 239 (15,7%) и женщины – 1283 (84,3%) в возрасте от 16 до 80 лет, средний возраст составил 38,4+-1,19 года.

Расстройства адаптации (F 43) были диагностированы у 865 (56,8%) пациентов. Тревожные расстройства (F 41) наблюдались у 309 (20,3%) больных. Диагноз «неврастения» (F 48.0) был выставлен в 221 (14,5%) случае. Соматоформные расстройства (F 45) диагностированы у 72 (4,73%) больных. Фобические тревожные расстройства, кодируемые по МКБ 10 шифром F 40, встречались у 34 (2,2%) респондентов. Менее 1,5% от выборки составили расстройства сна неорганической этиологии (0,99%), обсессивно-компульсивные (0,33%) и диссоциативные (конверсионные) расстройства (0,07%).

Распространенность нарушений сна у пациентов в исследуемой группе составила 68,27% (1039 случаев). Определена взаимосвязь между нозологической формой невротических расстройств и типом нарушений сна. Достоверно чаще ($p<0,05$) пресомнические нарушения встречались при расстройствах сна неорганической этиологии (F 51). Наибольшей распространенность интрасомнических нарушений была при расстройствах адаптации: F43.20, F 43.22, F42.23 ($p <0,01$, $p<0,05$, $p=0,05$ соответственно). Постсомнические нарушения достоверно чаще встречались при смешанной тревожной и депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации F 43.22 ($p<0,01$). Парасомнии чаще встречались при паническом расстройстве F 41.0 ($p<0,05$) и при расстройствах адаптации F 43.23 и F 43.25 ($p<0,05$).

Полученные данные о распространенности и структуре нарушений сна у пациентов, страдающих невротическими расстройствами, на наш взгляд, представляют определенный интерес при выборе оптимальной терапевтической тактики и могут быть использованы в процессе стандартизации психиатрической помощи на региональном уровне.

МАСКИРОВАННЫЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Шевцова Ю.Б. (*), Шевцов А.Ю. (**), Пискунов М.В. (*)
** ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», Москва*
*** ФГУЗ «Клиническая больница № 83», Москва*

Невротические расстройства широко распространены на современном этапе, особенно в популяции городского населения и больше среди женщин (от 2,0 до 88,5 на 1 000 населения - в зависимости от исследуемого контингента и компетентности исполнителя). Для общества данная проблема связана с высокой стоимостью лечения, большими затратами времени на работу с такими больными, сравнительно невысокой эффективностью лечения (25-30% больных спустя годы предъявляют те же жалобы) и его большой длительностью (от 1 года до 7 лет и более).

Известно, что лица с невротическими расстройствами с целью снятия эмоционального напряжения, облегчения ощущения соматического дискомфорта, повышения настроения, снижения интенсивности навязчивых страхов, тревоги, а также для облегчения засыпания часто прибегают к приему алкоголя. Обнаружение «лечебного» эффекта алкоголя приводит к его систематическому употреблению с быстрым развитием привыкания, а в дальнейшем – и клинически очерченного синдрома зависимости.

Вся симптоматика невротических расстройств «смазывается» алкогольной интоксикацией, особенно хронической, и по интенсивности перекрывается синдромом отмены. Например, бессонница, сниженное либидо, ангедония и суицидальные намерения, часто отмечающиеся при алкоголизме, могут быть при неполной диагностике почти неотличимы, например, от симптоматики расстройства адаптации, протекающего в виде депрессивного эпизода. Невротические расстройства, в свою очередь, видоизменяют облигатные симптомы зависимости, а обострения этих расстройств в период ремиссии алкоголизма быстро приводят к усилению патологического влечения к алкоголю и возобновлению пьянства. Дифференциальный диагноз при таких коморбидных психических расстройствах строится на тщательно собранном анамнезе. Для того чтобы повысить результативность терапии, входящие в этот комплекс заболевания должны быть аккуратно пролечены как медикаментозно, так и психотерапевтически. При правильной комплексной долгосрочной терапии больных с коморбидными психическими расстройствами важно переориентировать больных с невротическими расстройствами с самолечения алкогольными напитками на получение квалифицированной медикаментозной и психотерапевтической помощи. В таких случаях возможно «мягкое» течение алкоголизма, и вероятность длительных ремиссий существенно повышается.

НОВЫЙ ПРАВОВОЙ СТАТУС ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ: АКТИВИЗИРУЕМ СВОЮ ПОЗИЦИЮ

Шевченко Л.С., Солохина Т.А.
НЦПЗ РАМН, Москва

В соответствии с Федеральным Законом от 8 мая 2010 № 83 – ФЗ до конца 2011 г., субъекты РФ должны принять решение об изменении правового статуса психиатрических учреждений (казенное или бюджетное учреждение). Мониторинг этого процесса показывает, что окончательного мнения по этому вопросу в большинстве регионов страны до сих пор еще не сформировалось. И это понятно, любые масштабные меры по реорганизации психиатрических учреждений должны быть многократно просчитаны и обоснованы, соотнесены с потребностями пациентов и финансовыми возможностями регионов, с существующей законодательной базой и пр.

Цель исследования обусловлена завершением переходного периода на новый тип учреждений и состояла в анализе положения дел по этому вопросу в психиатрии, а также тех проблем, которые тревожат профессионалов в регионах в связи с этим переходом.

Методом исследования явился социологический опрос сотрудников и руководителей психиатрических учреждений. Всего опрошено 67 человек.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов опроса показал, что, в первую очередь, у специалистов возникают предположения о рисках предстоящих изменений: росте объема платных услуг за счет сокращения государственного задания; приватизации имущества учреждений; их банкротства; массовых сокращениях персонала; снижении ответственности государства и т.д. Часть этих предположений снимается детальным изучением упомянутого ФЗ и сопутствующих ему законодательных и нормативных документов, другая же часть - в перспективе может оказаться реальностью для определенного правового статуса психиатрических учреждений. В любом случае, все возникающие вопросы и проблемы требуют публичного обсуждения, однако платформа для этого в психиатрии пока не создана.

Заключение. Очевидно, что фактические результаты изменения правового статуса психиатрических учреждений зависят от органов исполнительной власти субъектов. С нашей точки зрения, оно должно быть принято с учетом предложений руководителей психиатрических служб соответствующих регионов. Эти предложения могут быть сформулированы после предметного обсуждения различных точек зрения специалистов, обмена мнениями, взвешенного анализа ситуации на научных и практических мероприятиях местного и федерального уровня, в профессиональных печатных изданиях. Поскольку временной интервал принятия важнейшего управленческого решения близок к завершению, руководители службы регионов должны активнее включаться в этот процесс.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

Н.В. Шемчук, Д.С. Ошевский
ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва

Цель исследования: разработка принципов лечения, профилактики и организации помощи больным игроманией.

Материалы и методы: работа основывается на результатах обследования 300 лиц с установленным диагнозом «Патологическое влечение к азартным играм» (ПВАИ) - F63.0. Исследование проводилось в клинико-диагностическом отделении ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского».

Результаты. Формирование клинической картины ПВАИ проходит через несколько стадий. В *доклинической стадии* нет четких психопатологических симптомов, имеющиеся нарушения психической деятельности носят стертый (завуалированный) характер, возможно самостоятельное разрешение ситуации с последующим выздоровлением. Биологическая составляющая проявляется уже на первом этапе формирования болезни, но в поведенческом плане определенного ритма на этой стадии нет. На *стадии начальных клинических проявлений* возникают эквиваленты физической зависимости (наиболее часто наблюдаются эмоциональная лабильность, склонность к раздражительности, недовольству, появляется ощущение внутреннего дискомфорта), которые возникают в периоды отказа от игры и носят кратковременный и обратимый характер. *Стадия развернутых клинических проявлений* характеризуется четко выраженной психопатологической симптоматикой обсессивно-компульсивного расстройства с изменением толерантности, потерей контроля и снижением критики. В эмоциональной сфере - аффективные реакции связаны с игровым поведением. На *стадии структурных изменений личности:* утрата тонкой дифференцировки эмоциональных реакций при общем уплощении эмоционального фона, грубые яркие реакции по отношению к игре. Навязчивости приобретают характер психических автоматизмов, переходят в компульсивные действия, толерантность снижается, в значительной степени утрачивается волевой компонент, что приводит к снижению критики. В когнитивной сфере - снижение концентрации внимания, запоминания и воспроизведения. Интеллект в большинстве случаев остается незатронутым. Мышление утрачивает индивидуальность.

ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПО ПОЛУЧЕНИЮ ЖИЛЬЯ ЛИЦАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

С. П. Шмидт, Ю. А. Вьюшкова
БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», Омск

Как показывает практика, инвалиды по психическому заболванию, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, часто сталкиваются с такими проблемами, как низкая информированность о своих правах по получению социальной выплаты на строительство или приобретение жилого помещения (Перечень заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь утвержден Постановлением Правительства РФ от 21 декабря 2004 г. № 817) и нарушение социальных навыков при обращении в различные организации и учреждения.

Социальная работа в реабилитационном дневном стационаре (РДС) в данном направлении проводится по следующим этапам:

- социальное обследование с обязательным посещением на дому и выявление запроса о необходимости улучшения жилищных условий;
- социальное консультирование пациента и родственников;
- помощь в сборе пакета документов для обращения в органы социальной защиты;
- социальное посредничество с учреждениями и организациями (при необходимости);
- курирование индивидуального случая, которая подразумевает контроль конкретного случая;
- при положительном решении вопроса в органах социальной защиты помощь в оформлении документов на право владения, выборе жилого помещения, переезде, ремонте, обустройстве;
- обучение навыкам независимого проживания и ведения домашнего хозяйства.

Важным направлением работы является регулярное проведение «социальных часов» по вопросам получения социальных выплат на строительство или приобретение жилого помещения, а также включение данной темы в тренинг «Социальные аспекты». За 2010 – 2011 гг. 6 пациентов РДС уже улучшили свои жилищные условия, 2 пациента находятся на этапе оформления документов в органах социальной защиты.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МИРА

Ястребов В.С., Митихин В.Г., Митихина И.А., Шевченко Л.С., Солохина Т.А.
НЦПЗ РАМН, Москва

Цель исследования: анализ современных подходов к изучению бремени психических болезней и полученных результатов по оценке этого бремени для основных регионов и стран мира.

Материал и методы: в исследование включены результаты зарубежных работ, выполненных на основе эпидемиологических, клинических и социально-экономических данных за период 2000-2010 гг. по определению уровня бремени для основных психических болезней. В целях более эффективных кросс-национальных сравнений глобального бремени психической патологии в работе использованы относительные величины – доля ВВП в процентах, а также годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALY) и годы жизни, скорректированные на её качество (QALY).

Результаты и обсуждение. Значимость проблемы бремени психических расстройств в социально-экономическом выражении подтверждена данными ВОЗ (2001), согласно которым в 1990 г. среди неинфекционных заболеваний на долю болезней нервной системы и психических расстройств приходилось около 10% от общих потерь DALY, в 2000 г. этот показатель составил 12,3%, а к 2020 г. достигнет 15%. Относительное бремя выраженных психических расстройств в США и Канаде составляло соответственно 3-4% ВВП (Eaton W.W. и соавт., 2008) и 4,1% ВВП (Lim K-L., 2008). Для стран ЕС бремя, связанное с потерей качества жизни больных (QALY), составило примерно 5-7% совокупного ВВП (Andlin-Sobocki1 P. и соавт., 2005). Относительная величина глобального бремени психических заболеваний в Австралии составляла около 5% ВВП (Hilton M.F. и соавт., 2010). Данные о глобальном бремени психической патологии в странах азиатского региона, в котором проживает более 50% населения мира, касаются в основном социально-экономических последствий депрессии или же носят весьма приблизительные оценки их последствий. Это объясняется низкой кадровой оснащенностью психиатрических служб и слабо развитой ее сетью. Так, потери вследствие депрессии в Японии (Sado M. и соавт., 2011) и Китае (Hu T.W. и соавт., 2007) составляют 0,5% ВВП. Кроме того, в Китае значительная часть психически больных (порядка 150 млн. человек) не получают необходимой помощи и в связи с этим можно предположить, что масштабы глобального бремени психических заболеваний в этой стране, очевидно, являются крупнейшими в мире. Результаты несовершенных методов эпидемиологических исследований в Индии позволяют говорить лишь о том, что прямые медицинские расходы на основные психические заболевания составляют 0,05% ВВП этой страны (Sharma P. И соавт.,). Средние ресурсные показатели кадров национальных психиатрических служб стран Латинской Америки к 2007 г. были в несколько раз ниже аналогичных показателей стран Европы и США, за исключением Аргентины и Кубы. В большинстве стран этого региона глобальное бремя психических и неврологических расстройств в показателях DALY от всех болезней составило 22% (Kohn R. и соавт., 2005). Низкое качество эпидемиологических данных для стран Африки, связанное с неразвитостью психиатрических служб в этом регионе, дает основание говорить лишь о бремени психических расстройств в Нигерии, которое составило 3% ВВП страны (GurejeO. и соавт.,).

Заключение. Мировые, региональные и национальные показатели социально-экономического бремени психических болезней населения весьма существенны в материальном плане, а также в индикаторах DALY и QALY. Опыт развитых стран показывает, что адекватная оценка этих показателей возможна лишь на основе надежных эпидемиологических, клинических и социально-экономических данных.

ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Агарков А.П., Андрусенко И.В.
Томская областная клиническая психиатрическая больница», Томск

Проведено сплошное обследование 274 детей в возрасте от 4 до 11 лет. Было типологически выделено три варианта СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью): синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, при котором с равной вероятностью отмечались поведенческие нарушения, расстройства внимания и импульсивности (69,5%); с преобладанием дефицита внимания (20%); с импульсивным поведением (10,5%). Полученные сведения стали основой реабилитационных программ для данного контингента больных. В первую очередь при всех типах СДВГ, предлагалась медицинское воздействие, которое направлено на энцефалопатические и дизнейроонтогенетические механизмы патогенеза синдрома и его психопатологические проявления. Энцефалопатическая основа рассматриваемых форм отклоняющегося поведения диктовало необходимость комплексного биологического лечения, включающего дегидратацию, витаминотерапию, применение при необходимости рассасывающих и сосудорасширяющих средств, вегетотропных препаратов, антиоксидантов, ноотропов, улучшающих обмен веществ в мозговой ткани. Корректоры поведения подключались, с целью смягчения конституционально-биологической основы, регуляции эмоционально-волевой сферы. Атомоксетин мы использовали для лечения СДВГ с коморбидными расстройствами: тревожные, тики, энурез. Второй этап реабилитации заключался в просветительной работе с родителями. С родителями проводились обучающие семинары, тренинги, где они становились партнерами специалистов. Родители обучались приемам поведенческой техники, кинезиотерапии и формировали навыки в домашних условиях. Третий этап реабилитационной программы заключалась в подключении психолого-педагогической коррекции.

Трехлетний катамнез показал эффективность разработанных и внедренных комплексных программ реабилитации детей с гиперкинетическим синдромом: улучшение состояния зафиксировано в 61,1% случаев, выздоровление в 30,6%, без изменения сохранилось у 8,3% детей.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ МАТЕРЕЙ ГРУППЫ РИСКА

Азимова Х.М.
Наманганская областная психоневрологическая больница, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: исследовать нервно- психическое развитие детей в возрасте 5-6 лет, рожденных матерями группы риска, выявленных в процессе массового скрининга с отклонениями в уровне альфа-фетопротеина на 16-20 неделе беременности.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование психического развития 476 детей 5-6 летнего возраста у женщин группы риска, выявленных в 2002-2003 гг. при массовом скрининге с отклонениями уровня АФП ниже 0,5 МОМ и выше 2,5 МОМ в сыворотке крови и массовом ультразвуковом скрининг-обследовании.В группу сравнения вошли 475 детей, родившихся от матерей с нормальным содержанием АФП в циркуляции. При оценке отставания в психическом развитии применялся Денверовский скрининг – тест развития (DDST) и многофакторный опросник Кеттела. Среди выявленных психопатологических и неврологических синдромов, характеризующих уровень нервно-психического здоровья обследованных детей, сравнительный анализ был проведен по показателям наиболее демонстративных из них, отражающих разный уровень поражения : общей и парциальной ретардации, вегетативно-сосудистой дистонии (ВСД), гипертензионно-гидроцефального синдрома, невротических и неврозоподобных расстройств. Статистическую обработку данных проводили методами вариационной статистики. Достоверность различий определяли по критерию Стьюдента и точному вычислению значимости процентов по методу углового преобразования Фишера. Для проведения дифференцированной качественной оценки признаков применялся факторный и кластерный анализ с объединением кластеров в дендрограммы.

Результаты. Исследуемый контингент был разделен на 3 группы в зависимости от клинико-психопатологических особенностей и выраженности психических расстройств.

К 1 группе были отнесены дети (102 чел. (22,6 %) в основной и 329 (70 ,6 %) в контрольной группах), у которых на момент обследования не обнаруживалось никаких отклонений от нормы в психическом здоровье. Они хорошо адаптировались в социальной среде (показатель IQ= 90 и выше).

Во 2 группу вошли пациенты (208 чел. (45 %) в основной и 102 ребенка (23,2 %) в контрольной группах), имеющие показатель IQ 70-90 с психическими нарушениями и психическими расстройствами донозологического уровня, проявлявшимися нестойкими и недлительными моносимптомами, которые формировались в ответ на психо- или экзогенное воздействие. Выявленные у них отклонения не вызывали изменений в социальном статусе, поведении, но требовалась определенная мобилизация и напряжение адаптационных механизмов.

3 группу составили 140 детей (32,4 %) в основной и 29 детей (5,8 %) в контрольной группах с показателем IQ менее 70 с клинически выраженными психопатологическими симптомами и синдромами в рамках определенных нозологических форм, при сочетании которых производилось группирование с учетом их большей значимости и тяжести.

Заключение: исследование позволяет констатировать, что психические и поведенческие расстройства у детей матерей группы риска встречались в основной группе в 5,4 раза чаще, чем в контрольной, что требует особого внимания при проведении профилактических, корригирующих, лечебно-оздоровительных мероприятий и составлении индивидуальных обучающих школьных программ.

ИСХОДЫ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ФОРМ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Андреева О. О.
Москва

Катамнестически до 18-лет прослежены 25 инвалидов 1990-92 г.р., вследствие детской шизофрении (ДШ). По типу дефекта, сформировавшегося к 18 годам, их можно было разделить на группы:

1) с грубым олигофреноподобным дефектом, выраженными аутистическими чертами, отсутствием / значительным недоразвитием речи, которые формировались у заболевших до 3-х лет прогредиентно, или злокачественно. ДШ манифестировала после этапа нарушенного психомоторного развития (задержек, асинхроний). Регистрировалась высокая степень семейной отягощенности по эндогенной и аффективной патологиям, перинатальные вредности.

2) с личностными изменениями, включающими дисгармонический инфантилизм и чудаковатость. Заболевание начиналось постепенно, предшествовал этап дизонтогенетического эмоционального развития. Регистрировались частая семейная отягощенность по эндогенной и личностной патологиям, высокая частота анте- и перинатальных вредностей.

3) перенёсшие острый период ДШ с формированием специфического апато-абулического дефекта, негрубым инфантилизмом и задержкой когнитивного развития. Заболевание начиналось в 8-10 лет, редко на фоне нарушений раннего развития. Отмечалась высокая степень семейной отягощенности по шизофрении. Органические воздействия в анте- и перинатальном периодах фиксировались реже, чем в 1и 2 группах.

Т.о., исходы ДШ находятся в широких клинических границах, включающих психопатологические нарушения различного качества и глубины. Грубый дефект формируется при раннем возрасте начала заболевания (до 3 лет), предшествующем этапе дизонтогенетического развития, органических, в том числе анте- и перинатальных вредностях, что необходимо учитывать при разработке мер ранней профилактики ДШ, создании программ реабилитации инвалидов.

БИОПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Антонова Т. Ф., Колягин В. В., Чернигова Е. П.
Иркутск

В детском отделении №10 ИОКПБ №1 в течение 12 месяцев обследовались и лечились 10 пациентов с впервые выставленным диагнозом «БАР». Средний возраст - 14,6 лет. Направительные диагнозы в 70% относились к F91.1. «Несоциализированное расстройство поведения». Главная причина госпитализации: Суицидальная попытка в 4 случаях; расстройство поведения – 6 случаев. Расстройство поведения сочеталось с: Эпизодами эксгибиционизма - 1 случай; Употреблением алкоголя - 2 случая; Курением - 5 случаев, в т.ч. каннабиоидов - 1 случай. У 9 пациентов заболевание манифестировало в пубертатном возрасте (12-14 лет) и в одном случае - в детском (9 лет).

Только у одной пациентки родители с высшим образованием и психически благополучны, у родственников нет вредных привычек и психических нарушений.

У 7 пациентов образование родителей среднее специальное, либо среднее, у 2 - высшее образование у обоих родителей. В 6 случаях - алкоголизация одного родителя, в 3 - отца и матери. Психические заболевания у ближайших родственников - в 5 случаях. У одного пациента мать инвалид по психическому заболеванию (эпизоды мании и депрессии). Завершенный суицид в семьях у 3 пациентов, суицидальные попытки у родителей - 3 случая. Наркомания и суицид отца - у 1 пациентки. У матерей пациентов в период беременности: токсикоз в 2 наблюдениях; алкогольная и никотиновая интоксикация - в 2. В 4 случаях была стимуляция родовой деятельности, в 2 - гипоксия в родах, и в 1 - отслойка плаценты.

На фоне лечения депакином-хроно 300 - 600 мг/сут., в отдельных случаях с СИОЗС, и/или с солианом (100-200 мг.), тералидженом (5-10 мг.) отмечалась быстрая положительная динамика. Все пациенты выписаны из отделения с рекомендацией дальнейшего длительного приема депакина-хроно 300 мг/сут. Повторных госпитализаций не было.

МОНИТОРИНГ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ ТЕРРИТОРИЙ: МЕТОДОЛОГИЯ И ТАКТИКА

Ахметова В.В., Злова Т.П., Говорин Н.В., Ступина О.П.
Читинская государственная медицинская академия, Чита

Целью исследования стала разработка методологии и тактики мониторинга психического здоровья детей, проживающих на экологически неблагополучных территориях.

Материалы и методы. В течение нескольких лет (2002-2009 гг.) сотрудники кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО ЧГМА проводили комплексное изучение состояния нервно-психического здоровья детско-подросткового населения экологически неблагополучного района Восточного Забайкалья. Разработана программа реабилитации детей с нарушениями интеллекта, проживающих на указанной территории. Проведена оценка отдаленного катамнеза детей, прошедших курс реабилитации (Говорин Н.В. и соавт., 2003, 2007, 2008). С учетом полученных результатов проведен анализ и разработаны основные положения организации мероприятий по профилактике и коррекции экологически обусловленных нарушений интеллекта у детей.

Результаты. Этапы мониторинга состояния психического здоровья детей экологически неблагополучных территорий могут быть представлены следующим образом:

- Первичная профилактика. 1) Организация мероприятий по оценке экологической ситуации в субъектах РФ и создание «паспортов» экологически неблагополучных регионов; 2) Проведение сплошных скрининговых обследований детей обозначенных территорий с целью выявления донозологических форм психического дизонтогенеза (т.н. группы риска); 3) Диспансеризация детей раннего и дошкольного возраста; 4) Проведение сплошного скрининг-осмотра детей врачами-психиатрами при поступлении детей в дошкольные и школьные образовательные учреждения; 5) Информационно-методическая работа педиатров, воспитателей детских садов, педагогов школ с целью информирования родителей о мерах, направленных на предупреждение возникновения психических расстройств у детей.

- Вторичная профилактика. Организация и проведение своевременных и адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий детям с задержками психического развития, направленных, в первую очередь, на компенсацию имеющихся нарушений; организация обучения и социального сопровождения детей (работа психолого-медико-педагогической комиссии).

- Третичная профилактика. По существу, это профилактика формирования интеллектуального дефекта (умственной отсталости) и последующей инвалидизации. Содержание в целом аналогично второму этапу, однако большее значение имеет не столько сам факт проведения реабилитации, а ее длительность, непрерывность, а также участие различных специалистов (врачи, педагоги, социальные работники).

Собственно реабилитация должна состоять из трех этапов:

- Диагностический (важно помнить о системном подходе к изучению психического развития детей);

- Лечебно-оздоровительный (стационарный или амбулаторный), целью которого является клиническое выздоровление или максимально возможная компенсация состояния;

- Адаптационно-профилактический (восстановление или расширение психо-физической деятельности ребенка и профилактика возможного ухудшения состояния здоровья).

Принципы реабилитации детей с ЗПР: 1) учет региональных особенностей, социокультурной и экономической ситуации в регионе; 2) комплексность; 3) единство биологических, психосоциальных и педагогических методов; 4) ступенчатость (последовательность); 5) длительность (средняя продолжительность одного курса 3 месяца, количество курсов – 2-3 раза в год); 6) непрерывность и преемственность; 7) индивидуально-личностный и гуманистически подход; 8) работа с семьей и ближайшим окружением ребенка.

Заключение. Предложенная модель мониторинга психического состояния детей на примере экологически неблагополучного региона Восточного Забайкалья может быть использована в других регионах РФ.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Бадмаева В.Д., Чибисова И.А.
Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) несовершеннолетних является наиболее сложным видом судебно-психиатрического освидетельствования, требующим узкоспециальных экспертных познаний, единых принципов и требований при его проведении. Правильная организация СПЭ несовершеннолетних должна быть направлена на обеспечение адекватной социально-правовой и медицинской защиты детей и опираться на действующие отечественные и международные подходы охраны прав ребенка. Важными условиями являются квалифицированность детско-подростковых специалистов, участвующих в освидетельствовании несовершеннолетних обвиняемых и потерпевших, соответствие требованиям объективности, всесторонности и полноты исследования, предусмотренными ст.8 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ». Как показывает практика для несовершеннолетних подследственных и осужденных целесообразно проведение стационарной КСППЭ, для потерпевших и свидетелей рекомендуется амбулаторное освидетельствование, но в случаях затруднений в решении диагностических вопросов или экспертной оценке состояния закономерно изменение вида экспертизы на стационарную, что не противоречит УПК РФ. Это обусловлено необходимостью углубленного изучения личности подростка, частого привлечения более широкого круга специалистов (эндокринолога, невролога и пр.), а также проведения параклинических методов исследования (рентгенография черепа и кистей, электроэнцефалограмма, эхоэнцефалограмма, реограмма и пр.).

Важнейшее значение при КСППЭ несовершеннолетних имеет полнота материалов, направленные судебно-следственными органами экспертам и подлежащие исследованию, поскольку согласно существующему законодательству самостоятельно их собирать эксперты не правомочны (ст.57 ч.2 УПК РФ, ст.16 ч.11 ФЗ №73). Вместе с тем, практика показывает, что более чем в половине случаев отмечается недостаточность объективных сведений о подростке. При проведении КСППЭ детям и подросткам экспертам должны быть предоставлены: 1. объективные сведения, характеризующие личность подростка: а) показания родителей (опекунов), одноклассников или иных сверстников, хорошо знающих подэкспертного, в которых могут содержаться данные о его личности; б) характеристики: из школы, ПТУ и других учебных заведений, где обучается или обучался несовершеннолетний; из Инспекции по делам несовершеннолетних, если подэкспертный или его семья состояли на учете. 2. медицинская документация: а) истории развития ребенка, в которой может содержаться важная информация о развитии подэкспертного, нарушениях в поведении, иная психопатологическая симптоматика; б) амбулаторная карта из поликлиники, либо другого учреждения (ПНД, НД); в) истории болезни (копия), если подросток проходил стационарное лечение в больнице психиатрического, неврологического профиля; г) медицинская карта призывника (копия). 3. заключение комиссии экспертов, в случае проведения подэкспертному ранее экспертизы. Если на этапе предварительного расследования подросток был заключен под стражу, важным источником информации о его психическом состоянии становится личное дело и медицинская карта из СИЗО. Отсутствие в уголовном деле указанных документов значительно затрудняет полноценное исследование подростка.

Таким образом, соблюдение принципиальных основ производства СПЭ несовершеннолетних, полнота и обоснованность выводов экспертизы позволят оптимизировать работу комплексных психолого-психиатрических экспертных комиссий и повысить качество экспертных заключений.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТСКОГО АУТИЗМА И СЕНСОРНОМТОРНОЙ АЛАЛИИ

Бенилова С.Ю.,
Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва

В последнее время отмечается гипердиагностика детского аутизма у детей дошкольного возраста. Такое положение связано с тем, что имеется общий диапазон клинических проявлений при аутизме и сенсомоторной алалией у детей дошкольного возраста. Как при детском аутизме, так и при сенсомоторной алалии мы сталкиваемся с целым рядом общих проявлений в эмоционально-поведенческой, коммуникативной, познавательной сферах, речевой деятельности. Как следствие, неправильный диагноз в дальнейшем приводит к снижению социального статуса ребенка и ухудшению его качества жизни. В связи с этим встает задача создания специфических методов, которые могут помочь дифференцировать эти заболевания.

Цель исследования: проведение дифференциальной диагностики между детским аутизмом и сенсомоторной алалией у детей дошкольного возраста.

Материал и методы. В течение 2001–2010 гг. в детском отделении ЦПРиН г. Москвы проводилось наблюдение за 53 неговорящими детьми (41–мал., 12–дев. в возрасте от 3 до 6 лет), поступивших в Центр с предварительным диагнозом детский аутизм. Наблюдение осуществлялось в течение 6–24 месяцев. Исследование – открытое, сравнительное. Диагностика проводилась в рубриках МКБ-10. Дети обследовались у педиатра, психиатра, невролога, логопеда, нейропсихолога, психолога, проводились нейрофизиологические исследования – ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, РЭГ. Дифференциальная диагностика осуществлялась в динамике на фоне комплексной медико-психолого-педагогической коррекции в течение 6–24 месяцев с регулярным динамическим наблюдением у перечисленных специалистов. У всех детей выявлены: отсутствие речи, отсутствие включения ребенка в процесс общения с окружающим, искаженное восприятие информации, выраженное психомоторное возбуждение, «манежное поведение», наличие стереотипий и эхолалий. Направления коррекционной программы: курсовая патогенетическая медикаментозная терапия (КПТМ), основанная на одновременном воздействии на взаимосвязанные звенья патогенеза и направленная на купирование психопатологических проявлений, неврологических нарушений и стимулированию когнитивных функций (С.Ю. Бенилова, 2004); логопедические занятия по методикам Т.С. Резниченко; психологическая коррекция, психотерапевтическая поддержка семьи по системе «Особые дети – особое общение» (С.Ю. Бенилова, 2000), коррекция детско-родительских отношений. Направления фармакотерапии: восстановление нейрометаболизма, устранение нарушений ликворо- и гемодинамики, нормализация вегетативных функций, активизация формирования речевой деятельности, стимуляция психоэмоциональной сферы, устранение психопатологических проявлений.

Результаты. Сроки изменения диагноза детский аутизм на экспрессивно-импрессивную алалию: через 6 мес. – у 57%, через 12 мес. – у 19%, через 18 мес. – 5%, через 24 мес. – 9%. Подтвержден диагноз детского аутизма у 10%. Все полученные данные верифицированы.

Заключение. Сопоставление приведенных данных исследования достоверно показало статистически обоснованную аргументацию в пользу проведения предложенной медико-психолого-педагогической коррекционной программы для дифференциальной диагностики детского аутизма и специфического расстройства развития экспрессивно-импрессивной речи по типу афазии развития. В дальнейшем, как показали катамнестические данные, 48 детей, у которых не подтвердился диагноз детского аутизма, были успешно интегрированы в микро- и макросоциум.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОГРАНИЧНОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Л.А. Бенько
Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск

Цель исследования: провести анализ клинико-психопатологических девиаций детей раннего возраста с задержкой психического развития.

Материал и методы обследования. Обследованы 62 ребёнка от 2 до 6 лет с пограничной интеллектуальной недостаточностью, из них 40 мальчиков и 20 девочек. Использовались клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-нейропсихологический методы обследования.

Результаты исследования. Статистические данные показали, что количественная выраженность отклонений при обследовании некоторых психических функций составляла в среднем до 50% среди обследованных детей. Такая распространённость была выявлена при обследовании функции произвольного внимания (25,7%), темпа психических реакций (33,9%), темпа двигательных реакций (40,3%), зрительно-пространственного восприятия (28,9%), конструктивного праксиса (20,9%), функции обобщения и выделения главного признака (32,1%). Отдельно от темпа интеллектуальной деятельности оценивался темп двигательных реакций, при этом была выявлена диссоциация между теми функциями, которые в большинстве исследований воспринимаются как единое целое в виде «темпа психомоторных реакций». Именно у детей, имеющих значительную двигательную расторможенность (7 человек, 11,3%), наблюдался сниженный темп психических реакций, обеспечивающих интеллектуальные процессы (выполнение задание на конструктивный праксис, обобщение и выделение главного признака, и др.). Нарушения эмоциональной сферы было выявлено у 32,2%. Гиперактивность и двигательная расторможенность зафиксированы у 14,5%, физическая агрессия наблюдалась у 6,3% детей. Значительную распространённость (от 50 до 80%) показали нарушение таких функций, как моторная и номинативная функция речи (53,1% и 80,6% соответственно), программирование и контроль психической деятельности (50,0%), рисунок (56,3%). Анализируя локализацию этих психических функций, выясняется задействованность при этом всей коры больших полушарий: моторная и номинативная функция речи – корковое вещество височных долей, программирование и контроль психической деятельности — конвекситальная поверхность лобных долей, при нарушениях в рисунке — дисфункция лобно-теменно-затылочных отделов.

Необходимо отметить, что принцип гетерохронии развития ВПФ предполагает различные сроки созревания структур головного мозга, ответственных за формирование той или иной психической функции. Сам процесс созревания заключается в миелинизации аксонов нервных клеток и этот процесс к моменту рождения охватывает ствол головного мозга, а к двум-пяти годам — подкорковые структуры. Кроме того, именно в этот период происходит активная миелинизация коры больших полушарий, преимущественно теменно-височно-затылочных долей. При этом выделение постановка топического диагноза затруднена из-за высокой степени физиологической незрелости мозга. Можно анализировать степень выраженности того или иного отклонения и учитывать выраженную патологию, предполагая основную локализацию дисфункции.

Заключение. Таким образом, наиболее уязвимыми клинико-психопатологическими девиациями при задержке психического развития являются: 1) речь, в частности артикуляционная, моторная функции речи, 2) программирование и контроль психической деятельности, 3) интегративная зрительно-пространственная функция. В топическом отношении эти функции «занимают» всю конвекситальную поверхность коры больших полушарий: переднюю и заднюю ассоциативные зоны.

ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Булатова М.В.
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Актуальность. Диагностическая категория «Органическое расстройство личности» (ОРЛ) достаточно широко применяется в судебно-психиатрической практике при освидетельствовании подросткового контингента. В тоже время, клиническая картина нарушений, маскированных в структуре ОРЛ, крайне полиморфна, поскольку сложные взаимовлияния органических, дизонтогенетических, собственно пубертатных и социально-средовых механизмов способствуют формированию психопатологических структур, имеющих особые характеристики.

Цель исследования: выделить феноменологические и синдромальные компоненты, этио-патогенетические и клинико-динамические закономерности развития ОРЛ в подростковом возрасте для разработки критериев экспертной квалификации.

Материал: 80 подростков-правонарушителей мужского пола, обследованных на базе отделения судебно-психиатрической экспертизы детей и подростков ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», которым был установлен диагноз ОРЛ. Среди правонарушений преобладали действия против личности, отличающиеся особой тяжестью и жестокостью.

Методы: клинический, патопсихологический, параклинические исследования, статистический.

Результаты. При сопоставлении клинических проявлений и данных статистической обработки были выделены 3 группы состояний, обозначенных как модели органических расстройств: 1-я модель с ведущими психоорганическими/церебрастеническими проявлениями, 2-я модель с ведущими признаками органически обусловленной психической незрелости, 3-я модель с ведущими органическими олигофреноподобными проявлениями.При анализе этиологических факторов были получены результаты, свидетельствующие о преобладании перинатальной патологии, травматических и токсических воздействий у подэкспертных, отнесенных к 3-й модели. Психические проявления органического расстройства у всех обследованных манифестировали в дошкольном либо препубертатном периоде в виде поведенческих, психопатоподобных и когнитивных нарушений. В дальнейшем на фоне коррекционных и лечебных мероприятий в ряде случаев происходила нивелировка нарушений с констатацией относительно компенсированного состояния в пубертатном периоде (1-я модель). При недостаточной коррекции наблюдалась волнообразная динамика органического расстройства с возникновением неустойчиво компенсированного состояния (2-я модель). При отсутствии надлежащего наблюдения отмечалось прогредиентное нарастание и утяжеление нарушений с декомпенсацией органического расстройства в пубертатном периоде (3-я модель). 1-я модель предопределяла экспертную квалификацию содеянного в рамках вменяемости. На основании недостаточного осмысления и прогноза собственных действий, пониженной способности к волевому контролю поведения в период совершения правонарушения, экспертная оценка у обследованных с органически обусловленной незрелостью (2-я модель) производилась в рамках ограниченной вменяемости с рекомендацией, в случае осуждения, амбулаторного принудительного лечения. Невозможность осуществления волевой регуляции деятельности в период правонарушения, отсутствие критической оценки ситуации и собственного состояния вследствие когнитивных расстройств у подростков с ведущими олигофреноподобными проявлениями (3-я модель) обуславливали решения в пользу невменяемости с рекомендацией принудительного лечения в психиатрических стационарах.

Заключение. Полученные результаты могут быть использованы в судебно-психиатрической практике несовершеннолетних для увеличения эффективности судебно-психиатрической экспертизы в отношении подростков с ОРЛ. Уточненные принципы диагностики, унифицированные критерии экспертной квалификации могут способствовать повышению качества и обоснованности судебно-психиатрических решений.

ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, С ГЕНДЕРНЫМ УЧЕТОМ

Ведяшкин В. Н., Шереметьева И. И.
Алтайский Государственный медицинский университет, Барнаул

Актуальность исследования. На современном этапе развития общества, на междисциплинарном уровне уделяется огромное внимание сексуальному развитию и проблемам нравственности в целом у развивающегося поколения. Врачи многих специальностей, психологи, социологи, правоохранительные органы, народное образование, культура и духовенство уделяют много времени данной теме. Тем не менее, отрицательные проявления в этом вопросе возникают еще быстрее. Конкурентное развитие средств массовой коммуникации, легкая доступность поверхностной информации в телевидении и интернете нередко оказывает негативное психологическое манипулирование на несформировавшуюся личность. В том числе под ударом находится и психосексуальное развитие.

Цель исследования состояла в выявлении особенности формирования нарушений сексуального поведения у современных несовершеннолетних, с гендерным учетом.

Материалы и методы: было обследовано 84 подростка 15 17 лет (38 юношей и 46 девушек), обратившихся за помощью к подростковому психиатру по поводу различных расстройств поведения. В ходе анкетирования каждый участник группы прошел клинико-психопатологическое исследование.

В обследованной нами группе подростков с отклоняющимся поведением половой жизнью жили 57% юношей и 79% девушек. Возраст дебюта половой жизни у юношей приходился преимущественно на 14 – 15 лет, в группе девушек этот период был несколько продолжительнее с 13 до 16 лет. Большая часть подростков обеих групп начинала половую жизнь в четырнадцатилетнем возрасте.

Что касается сексуальных девиаций, то они наблюдались у 54% юношей и 63% девушек. Данный показатель является несомненно высоким и характеризует значительные проблемы в психосексуальном развитии у подрастающих детей.

Заключение: у современных несовершеннолетних отмечается раннее начало половой жизни с частыми случаями сексуальных девиаций, которые имеют свои гендерные особенности.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Верхозина Т. В., Корнилова М. А.
Иркутск

Детская психиатрическая служба в Иркутской области включает амбулаторное и стационарное звено. В 2010 году служба располагала 110 койками, на которых пролечено 1137 пациентов. В структуре первичной заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства у детей первое место занимают психические расстройства непсихотического характера (50,7%), второе – умственная отсталость (47,8%), психозы составляют лишь 1,5%.

Под диспансерным наблюдением в 2010 году находилось 6732 ребенка и 2192 подростка (1654,9 и 2253,5 на 100 тыс. населения соответственно). Структура психических расстройств среди детей, состоящих под диспансерным наблюдением: 57,7% - умственная отсталость, 41,9% - психические расстройства непсихотического характера, 0,4% - психозы.

В 2010 году показатель количества детей (до 18 лет) с психическими расстройствами, впервые признанных инвалидами составил 6,9 на 10 тыс. населения, из них: шизофрения – 0,3, хронические неорганические расстройства – 0,5, психические расстройства вследствие эпилепсии 0,1, умственная отсталость 6,0 на 10 тыс. населения. Высокий показатель количества детей, впервые признанных инвалидами вследствие умственной отсталости, объясняется выявлением тяжелых форм данной патологии. Увеличение количества детей с умственной отсталостью и задержками психического развития диктует необходимость создания специализированных детских центров реабилитации.

В 2010 году число детей-инвалидов составило 47,3% от числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением. За последние 3 года в Иркутской области отмечается снижение числа детей-инвалидов, особенно с шизофренией, что связано с применением современных психотропных препаратов - атипичных антипсихотиков.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ (ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ) СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Востроknутов Н.В., Остапец Е.А., Назарова Л.Н.
ГНЦ центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Целью данного исследования стала разработка мер психотерапевтической и психопрофилактической помощи детям с врожденными аномалиями (пороками развития) системы кровообращения, направленных на положительную и устойчивую социальную реабилитацию этих детей в семейной, школьной и коммуникативной среде.

Обследованы 80 детей (средний возраст – 12,9±0,31 лет), разделенных на 3 группы. Дети с врожденными пороками сердца с успешным кардиохирургическим вмешательством (n=20) составили 1 группу. Дети с врожденными пороками сердца с эффективной терапевтической помощью (n=20) были включены во 2 группу. Дети с другими уточнёнными врождёнными аномалиями сердца с эффективной терапевтической помощью (n=20) составили 3 группу. В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-динамический, экспериментально-психологический методы и статистическая обработка данных.

Сравнительный клинико-психопатологический анализ показал, что психическое состояние детей на отдаленных (от 4 до 10 лет) этапах хирургического и фармакологического лечения определялось 2 типами психических расстройств: функционально-динамическими психическими расстройствами, характеризующими динамику хронического гипоксического процесса и уровень психосоциального функционирования ребенка; стойкими психическими расстройствами, связанными с нарушениями возрастного психического развития.

Среди функционально-динамических психических расстройств в 1 группе детей преобладали эмоциональные расстройства тревожного типа (МКБ-10: F40-41) (60% детей 1 группы; 35% детей 2 и 3 групп) ($p<0,05$), эмоционально лабильное (астеническое) расстройство по сомато-органическому типу (МКБ-10: F06.6) и легкое когнитивное расстройство (МКБ-10: F06.7) (90% детей 1 группы; 75% детей 2 и 3 групп) ($p>0,05$); во 2 и в 3 группах детей - эмоциональные расстройства и расстройства поведения, обусловленные особенностями воспитания и социального функционирования и нарушения адаптации (МКБ-10: F43.2, F90-F98) (65% детей 2 и 3 групп; 55% детей 1 группы) ($p>0,05$). Стойкие психические расстройства в виде задержанного возрастного психического развития (психический инфантилизм по сомато-органическому типу) (МКБ-10: F-60.0-60.7, F-07.8, F80-F89) отмечались примерно одинаково во всех группах (35% детей 1 группы; 30% детей 2 и 3 групп) ($p>0,05$).

Объектом первичной профилактики являлся психический инфантилизм. Профилактика инфантилизма заключалась в выделении детей группы риска по развитию инфантилизма и реализация в группах риска различных форм социально-психологической поддержки детей. Мероприятия вторичной профилактики были направлены на снижение риска повторного обострения дыхательной и сердечной недостаточности при развитии и утяжелении функционально-динамических психических расстройств, а также при нарушениях социального функционирования с дезадаптацией в семье, школе, общении. Профилактика декомпенсации психических расстройств включала наряду с неспецифическими лечебными мероприятиями (ноотропные, метаболические, седативные, общетонизирующие средства и адаптогены) различные формы индивидуальной и групповой психотерапевтической работы (арт-терапия, игротерапия, групповые дискуссии, поведенческие тренинги), направленные на редукцию выраженности тревожности и эмоционально-поведенческих расстройств с адаптацией в семье, школе, общении. Позитивная динамика тревожных расстройств отмечалась у 35% детей; повышение уровня психосоциального функционирования детей в семье, школе, общении наблюдалось в 20% случаев.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что фактором эффективной реадаптации детей с врожденной сердечной патологией является включение программ психотерапевтической и психопрофилактической помощи в реабилитационные мероприятия.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Глущенко В.В., Яковлев В.Н.,
Новгородский областной психоневрологический диспансер», Великий Новгород

Понимая задачи психопрофилактической помощи детям как совокупность мер по выявлению психического расстройства, предупреждению его хронизации и инвалидизации детей, проанализированы результаты диспансеризации детей сирот, проведенной психиатрами Новгородской области.

Цель исследования: Корреляционный анализ зависимости между выявляемостью психических расстройств, длительностью психофармакотерапии и показателями инвалидности по психическому расстройству среди детского населения в трехлетний период, предшествующий диспансеризации и в подобный период по ее результатам.

Материалы и методы. Использовались показатели заболеваемости и инвалидности по психическим расстройствам с 2005 по 2010 годы с подсчетом коэффициента корреляции. Кроме того, корреляционный анализ проводился между показателями инвалидности и длительностью нейролептической терапии при осложненных нарушениями поведения формах легкой умственной отсталости у детей 10-16 лет в группах сравнения: 1 подгруппа (55 пациентов) - с продолжительностью лечения 4-6 мес.; 2 подгруппа (40 пациентов) - с продолжительностью лечения более 10-12 месяцев).

Результаты. Выявлена слабая обратная корреляционная связь между показателями заболеваемости (выявляемости) психических расстройств у детей и показателем инвалидности. Так, в 2005-2007 годах показатель заболеваемости детей психическими расстройствами в Новгородской области колебался в пределах 500,2 до 569,0 на 100 тыс. детского населения, а инвалидность по психическим расстройствам среди детей в этот период отмечалась в диапазоне 680,0 до 715,0 на 100 тыс. детского населения. За период диспансеризации (с 2008 года по 2010 год включительно) на фоне роста выявляемости психических расстройств до 619,9 на 100 тыс. детского населения, показатель инвалидности среди детей уменьшился до 611,8 на 100 тыс. детского населения. В связи с тем, что в структуре инвалидности основной удельный вес приходится на показатель инвалидности по умственной отсталости (до 97,87%), основное внимание было уделено лечебным мероприятиям нарушенных форм поведения при легкой умственной отсталости. Нейролептическая терапия назначалась длительно, но данные рекомендации не всегда выполнялись опекунами детей-сирот. Слабая обратная корреляционная связь между показателями длительности лечения и показателем инвалидности в группе детей с легкой умственной отсталостью, осложненной нарушениями поведения, отмечалась при длительности лечения более 12 месяцев. Так, во 2 подгруппе детей, получающих нейролептическую терапию длительно, показатель инвалидности достоверно был ниже, чем в 1 подгруппе.

Заключение. Для оптимизации психопрофилактической помощи детям можно рекомендовать расширение круга диспансеризации детского населения для своевременного выявления психических расстройств у детей, что важно с точки зрения психопрофилактики нарушений социализации. У детей с легкой умственной отсталостью, осложненной нарушениями поведения целесообразно рекомендовать длительную (более 12 мес.) психофармакотерапию с целью снижения инвалидизации по психическому расстройству среди детского населения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИЧНОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Гордеева Е.А., Портнова А.А., Серебровская О.В., Усачева Е.Л., Шинко Л.С.

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, ДПБ № 6, Москва

Актуальность проблемы. В современном мире прослеживается отчетливая тенденция к увеличению числа больных с нарушениями пищевого поведения (НПП), которые вызывают не только соматические нарушения, но и стойкую психосоциальную дезадаптацию. Интерес специалистов разного профиля к этой проблеме также обусловлен неоднозначностью в клинической оценке основных форм НПП, которая сохраняется до настоящего времени.

Цель исследования: Выявить индивидуально-психологические особенности пациентов с нервной анорексией (НА) для выбора оптимальные путей и форм психотерапевтической работы в подростковом возрасте.

Материалы и методы исследования. В основу работы легли результаты комплексного исследования 22 пациент с НА женского пола в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст — 15,5 лет), находившихся на стационарном лечении в Детской психиатрической больнице №6. Методы: экспериментально-психологический, клинико-катамнестический, клинико-психопатологический и методы статистической обработки данных. Длительность заболевания составляла от года до трех лет (средняя — полтора года), тяжесть - от выраженных клинических проявлений до наиболее легких в виде нестойких расстройств пищевого поведения, масса тела при первичном обращении варьировала от 29 до 40 кг (при среднем росте).

Результаты. Изучив особенности психологического статуса 22 пациенток с НА, можно предварительно констатировать, что они обладают более высокой тревожностью в коммуникативной сфере и зависимостью от окружения, большей восприимчивостью и ранимостью по отношению к замечаниям и критике со стороны окружающих, у них отмечаются черты эмоциональной незрелости, трудности дифференциации эмоциональных состояний и низкий уровень сформированности эмоционально-мотивационной сферы.

У родителей подростков с НА были выявлены требовательность со стремлением иметь идеального ребенка и одновременным нежеланием оказывать ему достаточную поддержку и выражать любовь и привязанность. У самих подростков диагносцированы нестабильная самооценка, отсутствие контакта с родителями, ощущение зависимости их отношения от степени его успешности во всех делах. НПП в форме НА позволяет подростку привлечь к себе внимание, доказать свою внутреннюю силу и способность контролировать свою жизнь. Весьма актуальным для исследованной группы пациентов оказалась тема зависимости от положительной оценки окружающих с подавлением собственных желаний, стремлением соответствовать ожиданием людей вокруг них. С целью получения любви окружающих девушки стремятся к достижению совершенства, основным критерием которого они считают худобу. Во всех случаях нарушения пищевого поведения стали дезадаптивным способом разрешения внутрисемейных конфликтов.

Полученные в ходе исследования данные дают основание полагать, что НПП связаны с относительно высоким уровнем благосостояния семей, социально детерминированы представлениями о привлекательности и представлениями своего образа «я» в виде худощавого человека.

Выводы: выявленные личностные и внутрисемейные нарушения позволяют выбрать эффективную психотерапевтическую и психокорекционнную тактику с приоритетностью поведенческой и семейной коррекции в сочетании с фармакотерапией, диетотерапией и лечебно-реабилитационными мероприятиями. Психокоррекционная программа должна строиться с учетом проработки внутриличностного конфликта и нормализации внутрисемейных отношений.

СУДЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ: НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ВЫЗОВЫ

Дозорцева Е.Г.

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

В последнее время судебно-психологическая (СПЭ) и комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) несовершеннолетних начинают переживать заметные изменения и демонстрируют тенденции, развитие которых следует ожидать в ближайшем будущем. Это ставит новые вопросы перед экспертами-психологами, требует уточнения их компетенций и соответствующей корректировки подготовки. Цель настоящей работы – анализ психологических проблем, возникающих в сфере судебной экспертизы несовершеннолетних на примере практики ГНЦ ССП им. В.П. Сербского.

Один из существенных трендов последних лет – сокращение количества КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых, в особенности их стационарного варианта. Это обстоятельство может быть обусловлено несколькими причинами. С одной стороны, статистика указывает на уменьшение числа преступлений, совершенных несовершеннолетними. В свою очередь, одной из причин такого уменьшения служат демографические процессы, снижение общего числа подростков в популяции как следствие социальных проблем 90-х годов. С другой стороны, довольно резкое падение объема КСППЭ, по-видимому, связано с уголовной политикой, проводимой по отношению к несовершеннолетним правонарушителям в последние годы. Последнее десятилетие характеризуется последовательной гуманизацией отношения к несовершеннолетним правонарушителям и все большей тенденцией судов назначать им наказания, не связанные с лишением свободы. Как правило, в подобных случаях СПЭ и КСППЭ не проводятся. В то же время в качестве подэкспертных выступают преимущественно подростки, совершившие тяжкие и особо тяжкие противоправные действия. Часто именно такие несовершеннолетние характеризуются сложными пограничными формами психической патологии, квалификация которых требует комплексного психолого-психиатрического исследования и предъявляет повышенные требования к компетентности экспертов-психологов в области клинической психологии подросткового возраста.

Еще одной важной тенденцией в экспертной практике стал интенсивный рост числа экспертиз несовершеннолетних, преимущественно малолетних, потерпевших по делам о насилии по отношению к детям, прежде всего, сексуальном, а также о сексуальном злоупотреблении. Обращение внимания государства на проблему детей, пострадавших от преступных действий сексуального характера, стало весьма своевременным на фоне увеличения количества подобных преступлений, использования в преступных целях информационных технологий, сети Интернет, вовлечения детей в деятельность сект, использующих сексуальные практики. В то же время существенно возросла сложность таких экспертиз и степень их комплексности. Как правило, они проводятся как комплексные психолого-сексолого-психиатрические, нередко с участием судебных медиков для определения вреда здоровью потерпевшей. Помимо решения традиционных экспертных вопросов, касающихся способности потерпевших давать показания и оказывать сопротивление виновному, психолог участвует в исследовании психосексуального развития пострадавшего ребенка, определении психологических признаков психической травматизации и последствий для потерпевшего совершенного преступления. Для этого также необходима специальная подготовка экспертов.

Актуальной является разработка компетентностной характеристики эксперта-психолога, участвующего в судебной экспертизе несовершеннолетних, а также образовательных программ их специализированной подготовки.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ-СИРОТ

Елисеев А.В., Полежаев П.К.
Сибирский государственный медицинский университет,
Томская клиническая психиатрическая больница, Томск

В настоящее время в России около 800 тыс. официально зарегистрированных детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Этот показатель составляет 2,5% от численности всего детского населения в возрасте 0 - 17 лет, а в некоторых регионах он достигает 15 - 20%. Из числа детей, лишенных попечения родителей, 545 тыс. находятся на воспитании в замещающих семьях. Остальные дети (около 260 тыс.) воспитываются в государственных учреждениях

Нами проведено исследование в одном из районов Томской области. Безвыборочно было обследовано 140 детей и подростков, находящихся в замещающих семьях (I группа). Из них 83 ребенка находились на воспитании в приемных семьях (59,3% случаев), под опекой – 55 человек (39,3%) и лишь два ребенка были в патронатной семье (1,4%). В связи с тем, что большинство детей взяты в замещающие семьи из детского дома, нами была сформирована группа сравнения (II группа) - дети и подростки, проживающие в детском доме (32 человека). В группах сравнения дети были сопоставимы по полу и возрасту.

Наличие пограничных психических расстройств было выявлено у детей воспитывающихся в замещающих семьях в 60,2% случаев, у воспитанников детского дома в 71,9 %случаев. В первой группе преобладали смешанное специфическое расстройство психологического развития (36,1%), гиперкинетические расстройства (22,9%) и расстройства речи (16,9%), и. Во второй группе ведущими являлись смешанное специфическое расстройство психологического развития (30,4%) и расстройства поведения (47,8%).

Таким образом, представленные данные отчетливо демонстрируют высокий удельный вес детей и подростков с психическими расстройствами, находящихся на воспитании в замещающих семьях и государственных учреждениях. В то же время структура этих расстройств в двух группах различалась, что является предметом нашего дальнейшего исследования.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ТЕРАПИИ АУТИЗМА

Забозлаева И.В., Супрун С.А.
Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск

Цель исследования: изучить влияние нейролептиков на редукцию аутистических симптомов.

Материалы и методы. В клиническом исследовании приняли участие 24 пациента: 18 мальчиков и 6 девочек в возрасте от 3-х до 7 лет с расстройствами аутистического спектра верифицированные в соответствии с критериям МКБ – 10 рубрики F 84 «Общие нарушения психологического развития» и классификацией НЦПЗ РАМН (2005г). Использовались клинико-анамнестические методы исследования, «Шкала оценки симптомов аутистического спектра», шкала общего клинического впечатления CGI (Clinical and Global Impressions Scale). Все пациенты находились под наблюдением с 2009 по 2011г. Большинство пациентов n=17 получали типичные нейролептики (сонапакс, неулептил, галоперидол), n=7-атипичные антипсихотики (рисперидон, азалептин). Обоснованность назначения медикаментозной терапии определялась возрастными критериями. В ходе исследования анализировались изменения в состоянии при назначении нейролептиков, нежелательные эффекты.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования было выявлено, что большинство пациентов n=21 имели положительную динамику в состоянии, из них n=4 ребенка с аутистическими симптомами достигли значительного улучшения с появлением отдельных слов, коротких фраз и n=3 детей не имели изменений в поведении, когнитивном развитии по шкале общего клинического впечатления (CGI). Редукция симптомов, в первую очередь, отмечалась в изменении поведения: снижении агрессии, самоповреждений, уменьшении импульсивности. Дети лучше реагировали на обращенную речь, понимали и выполняли простые инструкции. Уменьшалось проявление стереотипных действий и движений, которые сохранялись лишь у n=8 пациентов, облегчая «принятие» детей с аутистическими симптомами в обществе. Из всех симптомов, составляющих речевой дефект при аутизме, таких как задержка речи, нарушение ее коммуникативной функции, неправильное употребление местоимений, уменьшилось использование «фраз-штампов» и эхолалий при общении и сохранялось у n=4 детей из n=10, имеющих таковые особенности. Улучшение речевого развития приводило к уменьшению неспособности установления контакта со сверстниками, которая отмечалась у n=22 пациентов и сохранялась у n=15 детей. Незначительная редукция аутистических симптомов наблюдалась в эмоциональной сфере, в игровой деятельности и расстройствах навыков самообслуживания. Проведенное исследование показало, что антипсихотические препараты особенно влияют на большинство серьезных поведенческих симптомов, таких как, агрессия, самоповреждения, гиперактивность, также они могут оказывать благотворное влияние на стереотипные действия и в некоторых случаях при нарушении социальных взаимоотношений. Нейролептики улучшая поведение, часто оказывают некий позитивный эффект на социализацию детей с аутистическими расстройствами в дальнейшем. Такие изменения в поведении вселяли уверенность родителям в послабление аутистических симптомов у детей, облегчали понимание обращенной речи, выполнение простых инструкций при воспитательных, коррекционно-обучающих заданиях, тем самым позволяли продолжить фармакотерапию антипсихотиками.

Таким образом, терапия нейролептиками приводит к редукции выраженных поведенческих симптомов, таких как агрессия, самоповреждение, гиперактивность, что в дальнейшем облегчает проведение реабилитационных мероприятий и обучение детей с расстройствами аутистического спектра.

ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Зарецкая Н. В.
ГОУ ЦРР-детский сад № 2380 «Жемчужинка», Центр игровой поддержки развития ребенка «Аистенок», Москва

Теоретическим основанием для профилактики эмоциональных нарушений у детей раннего возраста может послужить использование теории привязанности Дж. Боулби, в которой основными движущими силами развития ребенка являются привязанность и потребность в исследовании окружающего мира. Согласно, Э. Эриксону, эмоционально насыщенное положительное отношение матери к ребенку обеспечивает базовую потребность в доверии и безопасности, которая является основой для благополучного развития отношений с предметами.

В нашем детском саду функционирует детско – родительский клуб «Аистенок» для детей раннего возраста и их родителей. Для профилактики эмоциональных нарушений мы считаем главным направлением работу с родителями. Мы используем следующие формы работы с ними: индивидуальное консультирование, дискуссионно-практические встречи, игровые сеансы. Работа с родителями строится на принципах рефлексивно-деятельностного подхода, а именно, сотрудничество с родителем выстраивается через деятельность и осмысление этой деятельности.

Игровые сеансы проводятся совместно с родителями и детьми, являются наиболее часто проводимой формой взаимодействия. Именно на игровых сеансах происходит отработка навыков правильного эмоционального общения с ребенком. Необходимо отметить важность сеансов в диаде психолог - музыкальный руководитель, поскольку эмоциональное обогащение непосредственно связано с музыкально-эстетическим развитием. Особенно хорошо включать в занятия элементы фольклора, поскольку интонация или знаковая система фольклорных произведений наиболее близка детям раннего возраста и воспринимается ребенком на уровне чувств и эмоций. Это способствует вызыванию положительных эмоций, стимулированию эмоционального отклика на произведение и формированию близких и теплых отношений между мамой и малышом. Большим преимуществом считается то, что различные игры, направленные на развитие эмоций, родители могут повторять дома.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТАЦИОНАР ЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА НА ПРИМЕРЕ ОРГАНИЧЕСКИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Иванова Т.И., Крахмалева О.Е.
Омск

Цель: оценка экономической эффективности стационар замещающих форм психиатрического сервиса.

Методы: расчет стоимости пребывания пациента на основании сплошного анализа историй болезни детей с органическими непсихотическими расстройствами, за период 6 месяцев, находящихся в условиях дневного и круглосуточного стационара, с использованием формулы расчета цены госпитализации на основе клинико-статистических групп (Солохиной Т.А., 1999).

Результаты: За исследуемый период в дневном стационаре было пролечено 78 больных с данным диагнозом. Средняя длительность госпитализации составила 53,2 дня. Практически все дети были осмотрены логопедом (78,2%) и психологом (88,4%). Физиолечение получали 84,6%. По основному психопатологическому симптому дети преимущественно получали лечение: пирацетам 88,4%, сонапакс – 66,6% и витамино терапия (В 1, В 6, В 12) – 52,5%. Достаточно часто назначались иглорефлексотерапия (17,9%) и электросон (16,6%). Средняя стоимость лечения одного пациента составила 2577,58 рублей.

В отделение круглосуточного пребывания, за это же время было пролечено 104 ребенка с данной патологией, среди них 65,3% поживали в Омской области и 34,7% - в городе. Средняя длительность госпитализации составила 43,3 дня. Большинство детей (28,8%), были дополнительно осмотрены невропатологом, педиатром, отоларингологом, хирургом, гинекологом и получали дополнительно симптоматическое лечение (32,7%). За время, проведенное в стационаре, 44,2% детей были осмотрены логопедом и 28,8% - психологом, 42,3% получали физиолечение. Наиболее широко применялись следующие препараты: сонапакс – 55,7%, аминазин – 36,5%, пирацетам – 13,5%; реже назначались витамины, антидепрессанты, антиконвульсанты. Достаточно широко применялись инъекционные формы введения препарата – 11,3%. Стоимость лечения на одного пациента данной патологии в стационаре круглосуточного пребывания составила: 3555,82 рубля.

Таким образом, согласно проведенному исследованию, лечение детей с органическими непсихотическими расстройствами в условиях дневного стационара дешевле на 38%. Следовательно, в условиях дефицита средств, без снижения качества оказываемой помощи, целесообразным может являться смещение объемов стационарной психиатрической помощи во внебольничные структуры.

ОБ ОПЫТЕ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Казакова Т.Ю., Е.В. Корень
Московский НИИ психиатрии, Москва

О значительном дестабилизирующем влиянии на психологическое состояние и социальное функционирование родителей детей с нарушениями развития, прежде всего их матерей, свидетельствуют результаты проводимых исследований в этой области.

В рамках полипрофессионального взаимодействия нами проводилась психологическая работа (нейропсихологическая коррекция детей) с 24 семьями, воспитывающих детей дома с диагнозами «умственная отсталость в степени дебильности» (15 детей), «умственная отсталость в степени имбецильности» (8 детей), а также «аутизм, осложненный умственной отсталостью в степени имбецильности» (1 ребенок). Из них 18 неполных (матери состоят в разводе с отцами) и 6 полных. У всех матерей наблюдалось настороженное отношение к окружающим, в особенности представителям служб психического здоровья – врачам-психиатрам, психологам, педагогам; мир для этих матерей делился на сплоченное «мы» и враждебное «они»; данная установка, в сочетании с недостаточно реалистичной оценкой матерями состояния ребенка и недоверием родителей к поставленным диагнозам, осложняла построение рабочего альянса, необходимого для проведения психологической коррекции. Подавляющее большинство матерей (23 из 24) отказалось от собственной диагностики на предмет особенностей детско-родительских отношений по опросникам и проективным методикам, мотивируя это нежеланием погружаться в тяжелое эмоциональное состояние, в котором они находились после рождения детей. На этапе знакомства с семьями и диагностики было обнаружено, что для обеспечения продуктивной коррекционной работы с детьми необходимо проведение дополнительной работы с матерями, направленной на коррекцию их эмоционального состояния, восприятия ими ребенка, себя и окружающих. При этом данное направление работы не могло проводиться в форме прямых интервенций в связи с высокой вероятностью отказа матерей от коррекции в случае оказания на них давления. Поэтому была избрана тактика опосредованной работы с матерями, заключавшаяся в привлечении их к участию в коррекционных занятиях с детьми, с требованием о совместном выполнении специальных домашних заданий, сочетавшимся с интерактивным совместным обсуждением течения и результатов каждого занятия, что способствовало получению матерями новой информации о возможностях детей и их эмоционально-личностных особенностях. Вместе с постепенным осознанием степени и характера нарушения развития у детей у некоторых матерей появилось отвержение ребенка и связанное с ним жесткое, с частым применением телесных наказаний и запугиваний обращение с ним. В целом, по мере приближения к окончанию цикла коррекционных занятий в психологическом состоянии матерей наметились важные изменения, заключавшиеся в появлении уверенности, трезвого и ровного отношения к своей жизненной ситуации и состоянию детей.Сгладилась как первоначальная идеализация по отношению к ним, так и отвержение и обесценивание. Большинством матерей принятие решения о профиле образовательные учреждения осуществлялось на основе более реалистичной оценки возможностей детей.

В качестве вывода можно отметить, что основной результат коррекционной работы заключался не только в развитии когнитивных функций у детей, но и в общей динамике психологического состояния как детей, так и их матерей, связанной с обеспечением психосоциальной поддержки через вовлечение родителей в процесс коррекционных занятий. Наиболее важным с точки зрения психосоциальной реабилитации данных семей следует считать общее ослабление их социальной изоляции и враждебности матерей по отношению к окружающим, рост мотивации к сотрудничеству со специалистами.

СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Казанцева Э.Л.
Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет, Москва

Актуальность исследования. Сведения о клинико-динамических закономерностях фобий, сравнительно-возрастных и нозологических особенностях фобических расстройств, а также об их взаимоотношениях с другими психопатологическими проявлениями, недостаточны, что препятствует совершенствованию диагностики, прогноза и терапии этих расстройств у детей и подростков.

Целью настоящей работы являлось выявление начальных проявлений и клинико-динамических закономерностей фобий у детей и подростков для более раннего распознавания, дифференциальной диагностики и своевременного начала лечения, а также для повышения уровня социальной адаптации больных.

Материалы и методы исследования. Обследованы 76 стационарных больных в возрасте от 4 до 17 лет с фобическими расстройствами невротической и эндогенной природы. Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический.

Результаты исследования. 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. Выделены три уровня генерализации фобических расстройств у детей и подростков: монофобии, полифобии и панфобии. В процессе динамики фобий у большинства больных происходила их трансформация от монофобий к поли-, и далее в некоторых случаях – к панфобиям. При фобических расстройствах у детей и подростков наиболее характерным и часто встречающимся феноменом в группе защитных действий было уклонение от фобических ситуаций, непосредственно определявшее глубину социальной дезадаптации больных. Степень уклонения от фобических ситуаций была различной. В ряде случаев (13% от общего числа наблюдений) больные полностью уклонялись от столкновения с фобическими ситуациями При большом числе пугающих ситуаций, полное их избегание приводило к глубокой школьной и семейной дезадаптации больных, а в итоге - к формированию «домашнего» периода .В 55% наблюдений уклонение от фобических ситуаций носило преимущественный характер. Больные по возможности избегали ситуаций, вызывающих страх, но при крайней необходимости шли на столкновение с ними, обычно используя другие защитные меры. Снижение социальной адаптации у этих пациентов выражалось в ограничении активности, вынужденном сужении круга интересов и общения, ухудшении успеваемости. В части случаев (26%) уклонение от фобических ситуаций было выражено в минимальной степени. Больные избегали лишь «необязательных» столкновений с фобическими ситуациями. Лишь в единичных случаях (5%) избегание фобических ситуаций полностью отсутствовало. Выявлены психопатологические радикалы, имеющие высокую или значительную степень коморбидности с фобическим синдрмом: субдепрессивный (тревожные депрессии дистимического уровня), астенический, обсессивно-компульсивный (навязчивые действия, в том числе и ритуалы), истеро-конверсионный, психопатоподобный (изменения личности преимущественно тревожно-мнительного типа).

Выводы. Прогноз фобических расстройств у детей и подростков в целом относительно благоприятный, в связи с преобладанием фобий не обнаруживающих тенденций к прогрессированию.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОТГРАНИЧЕНИЯ ДЕФЕКТА ПРИ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОФРЕНОПОДОБНОГО СИНДРОМА

Калачева И. О.
ГНЦССП им. В.П. Сербского, Москва

В детской психиатрии определенные сложности представляет дифференциальный диагноз умственной отсталости с психотическими состояниями и дефектом при ранней детской шизофрении. Актуальность этой проблемы определяется тем, что в подавляющем большинстве случаев диагноз умеренной умственной отсталости ставится на основании отсутствия речи, бездеятельности, отсутствием интереса к окружающим, играм, контактам. Часто диагноз умственной отсталости ставится при наличии в клинической картине типичных синдромов детского типа шизофрении – стереотипии аутизм.

В условиях детского дома для детей с умеренной умственной отсталостью (F71) обследованы воспитанники в возрасте от 5 до14 лет: 30 детей с умственной отсталостью и 20-с дефектным состоянием при рано начавшейся шизофрении.

Задачей работы является определение основных дифференциально-диагностических критериев, для правильного выбора реабилитации и медикаментозного лечения.

В психическом статусе больных конечной стадии детской шизофрении отмечаются особенности пищевого поведения, явления психотической симптоматики в виде кататонического возбуждения, сопровождающееся стереотипным бегом по кругу, вычурными движениями,агрессией и аутоагрессией. Временами больные закрывали уши, издавая различные звуки, испытывали страх. Они избегали не только речевого, но тактильного и глазного контакта.

Умеренная умственная отсталость характеризуется тотальным снижением интеллекта и познавательной активности. Больные бездеятельны, но контактны, частично понимают обращенную речь и инструкции, отличаются аффективной лабильностью, реагирует на личности окружающих, у них повышены инстинктивная сфера (пищевая, сексуальная). Психическое состояние определяется склонностью к дисфорическим расстройствам настроения с агрессией, недовольством окружающим, возбуждением. Иногда наблюдались аутистические черты, стереотипные движения, но эти симптомы не являлись характерными для умственной отсталости.

Таким образом, основными диагностическими критериями считается негативная (апатико-абулическая) и продуктивная симптоматика, свойственная дефектной шизофрении. При умственной отсталости состояние больных определяется тотальным недоразвитием когнитивных функций, психотическая симптоматика не является основной, дисфорические расстройства имеют тенденцию к редукции при медикаментозном лечении. Отсутствуют типичные для шизофрении апатико-абулические изменения личности и кататонический синдром. Правильная диагностика имеет значение для выбора медикаментозной терапии и реабилитации.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Коломыцев Д.Ю., Дроздовский Ю.В.
Омск

В условиях современности распространенность суицидального поведения достаточно высока. Суицидальная активность резко возрастает с 14–15-летнего возраста и достигает максимума в 16–19 лет. Особенности психологии подростка, специфичность проблем, свойственных данному возрасту, несомненно, во многом определяют мотивы и характер суицидального поведения.

В настоящее время мало изучены особенности мышления подростков, склонных к суициду. С точки зрения когнитивно-бихевиоральной психотерапии считается, что эмоциональные расстройства возникают из-за «когнитивной уязвимости» в силу использования «когнитивных искажений». Сами же когнитивные системы представлены в виде «метапрограмм», то есть динамических паттернов сортировки информации. На сегодняшний день неясно, какие метапрограммы предрасполагают к суицидальным мыслям и поведению и каким образом они связаны с другими клинико-патогенетическими факторами.

Наше исследование основано на трехлетней работе с группами подростков. В психотерапевтических сессиях принимали участие 68 старшеклассников школ Омской области, обнаруживавшие трудности в коммуникации.

Групповые занятия, проводимые нами, были направлены на развитие навыков коммуникации. В ходе проводимой работы участники группы отмечали значительное улучшение коммуникативных навыков. Помимо этого, проводилась индивидуальная работа, направленная на коррекцию когнитивных искажений (метапрограмм), а именно, исследовались особенности мышления подростков, что приводило к выделению метапрограмм. Дальнейшая работа заключалась в расширении динамических стереотипов мышления, либо принятии новых, при помощи различных техник нейролингвистического программирования. В результате подростки отмечали значительное улучшение адаптивных возможностей к переживаемым трудным ситуациям.

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Корень Е. В.
Московский НИИ психиатрии, Москва

Развитие и укрепление концепции психического здоровья (ПЗ) явилось закономерным продолжением как глобальных гуманитарных общественных процессов, так и смены парадигмы в медицине с ранее господствовавшего организмо-центрического на формирование эволюционно-популяционного (экологического) подхода к больному. Среди базовых составляющих содержательного конструкта концепции психического здоровья можно выделить холистический подход к личности, повлекший за собой развитие мультидисциплинарного подхода, а также положение о наличии у больных с психической патологией определенного уровня здоровья, определившее требование пересмотра некоторых концептуальных положений психосоциальной реабилитации, в частности связанных с отходом от концепции дефекта, и необходимость основополагаться в реабилитационных стратегиях на относительно сохранные стороны и качества психики больных.

Имплементация этих положений в психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами, диктуемая требованиями к повышению ее эффективности, сопряжена с рядом затруднений, связанных как с недостаточной разработанностью теоретико-методологической базы для проведения научно обоснованных нацеленных психосоциальных вмешательств, включая значительные разногласия в формулировании единой концепции выздоровления, так и сохраняющимися в нарративной клинической практике патерналистскими установками специалистов, тесно связанными с вопросами организации работы психиатрических служб для детей и подростов, а также абортивной представленностью психосоциального сегмента психиатрической помощи, позволяющего воздействовать на психосоциальную составляющую ПЗ.

На основе дифференцированного подхода к анализу и оценке влияния различных психосоциальных факторов на психическое здоровье 540 детей и подростков с психическими расстройствами разработана мультифасеточная модель, включающая взаимоинтегрированные домены социальной поддержки, активизацию ресурсного потенциала больных и психосоциальные вмешательства, направленные на обеспечение терапевтического процесса и ключевые детерминанты социального функционирования, включая неадаптивные паттерны эмоционального и поведенческого реагирования, как основы для обеспечения непрерывности и поступательности цикла «развитие – интеграция – развитие» в психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами. При этом на первый план выходит не выделение главных, а анализ взаимодействия различных факторов в их динамическом единстве, преломляемый через особенности психосоциальных контактов личности больного ребенка со средой. Тем самым преодолевается один из недостатков биопсихосоциальной модели, рассматривающей пациента как статичного субъекта, подверженного действию отдельных факторов и не включающего принцип его собственной активности.

Перспективы дальнейшей разработки концептуальной основы психосоциальной реабилитации детей и подростков как важнейшей сферы психиатрии непосредственно связаны с меняющимися представлениями о границах и содержательных характеристиках психического здоровья и современными организационными и методическими возможностями реализации мультимодального подхода к процессу оказания психиатрической помощи, с учетом многообразия и взаимовлияния составляющих, веерная направленность которого распространяется как на биологическую составляющую реабилитации (восстановление нарушенной функции), так и на повышение уровня адаптивного функционирования и позитивные изменения субъективных аспектов качества жизни в контексте обеспечения условий для гармоничного развития детей и подростков с психическими расстройствами.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ РИБОСОМНЫХ ГЕНОВ И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Коровина Н.Ю. Пороховник Л.Н, Сухотина Н.К. Маринчева Г.С.
Московский НИИ психиатрии, ГУ Медико-генетический центр РАМН, Москва.

Актуальность проблемы. В последнее время наблюдается увеличение числа детей с диагнозом ранний детский аутизм, получающих стационарную и амбулаторную помощь в психиатрический учреждениях. Разработанные критерии диагностики раннего детского аутизма, в том числе и международными классификациями психических и поведенческих расстройств, носят в основном феноменологический характер. Исследования, выполненные с использованием параклинических методов указывают на особенности нейрофизиологических функций больных. Однако надежных маркеров данного заболевания пока обнаружено не было.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи состояния функциональной активности рибосомных генов и фенотипических проявлений у детей с клиническим диагнозом ранний детский аутизм.

Задачи исследования. 1. Могут ли изменения функциональной активности рибосомных генов являться маркером раннего детского аутизма. 2. Исследовать имеется ли зависимость между изменениями в функциональной активности рибосомных генов и клиническими особенностями детей с аутистическими расстройствами.

Материалы и методы. Клинико-психологическим методом были обследованы дети, которым по критериям МКБ-10 был выставлен диагноз ранний детский аутизм. Обследовано 10 детей в возрасте от 3 до 8 лет, из них 8 мальчиков и 2 девочки, находящиеся на стационарном лечении в клинике Московского НИИ психиатрии. Методика обследования функциональной активности рибосомных генов проводилась в Медико-генетическом центре РАМН.

У 9 из 10 детей был обнаружен диапазон изменений функциональной активности рибосомных генов, в сторону его снижения. Это отличает полученные результаты от аналогичного исследования шизофрении, где отмечено повышение активности рибосомных генов (Н.Н.Вейко, Н.А. Еголина, Г.Г. Радзивил, С.Д. Нурбаев, Н.В. Косякова, Н.О. Шубаева, Н.А. Ляпунова, 2003г). Небольшое число наблюдений, отсутствие динамического прослеживания с повторным определением активности рибосомных генов, позволяет рассматривать полученные данные как предварительные.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Кочегуров В. В., Зиньковский А. К., Корнюшо Е. М.
Тверь

Цель: изучить распространенности сердечно-сосудистых (СС) расстройств у подростков с задержкой психического развития (ЗПР) для улучшения медицинского обеспечения данной категории детей.

Обследовано 154 ребенка 12-15 лет (81 мальчик, 73 девочки). Основная группа: 91 ребенок с ЗПР, учащиеся СКОУ VII типа; контрольная: 63 учащихся СОШ с нормативным психическим развитием. Использованы: клинико-анамнестический, тонометрия, кардиоинтервалография (КИГ), статистический (критерий Манна-Уитни и Фишера) методы.

У подростков с ЗПР обнаружена высокая частота встречаемости СС заболеваний: ВСД у 23,1% детей; пролапс митрального клапана у 6,6%; врожденный порок сердца у 3,3%, что выше по сравнению с группой контроля: 11,1% ($p<0,05$); 3,2%; 1,6%. У подростков с ЗПР чаще, чем среди учащихся из СОШ, встречались жалобы на приступы сердцебиения (15,4%; 3,2%), головокружение (23,1%; 12,7), обмороки (8,8%, 1,6%), боли в области сердца (30,8%, 15,9%), все $p<0,05$. Средние значения показателей СС системы у подростков двух групп обследования были практически одинаковы. Однако, у 7 (7,7%) подростков с ЗПР выявлены колебания АД: у 4 (4,4%) детей САД выше нормы, у 3 (3,3%) детей ДАД ниже нормы, что у детей контрольной группы не отмечено. По данным КИГ, у детей из интерната эйтония определялась только в 18,7% случаев, что реже, чем в группе контроля - 55,6%, $p<0,05$. У 50,5% подростков с ЗПР регистрировалась симпатикотония (среди учащихся СОШ 28,6%, $p<0,05$), ваготония - у 29,7% (14,3%, $p<0,05$). Асимпатикотоническая реактивность встречалась у 54,9% детей с ЗПР (у 11,1% детей группы контроля, $p<0,01$).

Выводы: у подростков с ЗПР отмечается высокая распространенность СС расстройств. Вероятно, ЗПР способствует дезадаптации функции СС системы, проявляющейся изменением уровня АД и дизрегуляцией сердечного ритма.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО КРУГА

Крамаренко И. А.
ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, Москва

Актуальность работы обусловлена важностью дифференциальной диагностики при работе с детьми с пограничными психическими расстройствами. Методика изучения опосредованного запоминания, разработанная А. Н. Леонтьевым, может успешно применяться не только для исследовательских, экспериментальных целей, но и для характеристики процессов мышления путем анализа связей, образуемых при запоминании, особенностей процесса припоминания.

В работе была сделана попытка систематизировать типы связей, создающихся детьми при работе с понятиями, и описать особенности выполнения ими методики изучения опосредованного запоминания.

Объектом исследования стали 20 воспитанников подготовительной группы ДОУ компенсирующего вида, имеющие пограничные психические расстройства дизонтогенетического круга. В качестве анализируемых показателей были выделены: характер связи, образуемой ребенком в процессе опосредования предлагаемого понятия; способность ребенка к воспроизведению этой связи, а значит, возможность обратного воспроизведения ассоциативного ряда в умственном плане; собственно возможность отсроченного воспроизведения исходного понятия.

При рассмотрении характера связи все признаки, называемые детьми, были условно поделены на внешние (9,8% от всех высказываний детей) и внутренние (84%), а внутренние, в свою очередь, на существенные (55% от всех высказываний), несущественные (25%) и атипичные признаки (4%). В 4,5% случаев связь между изображением и понятием в высказывании ребенка не прослеживалась вовсе, а в 1,7% случаев дошкольники подобрать карточку к понятию просто не смогли.

В 66,7% случаев дошкольники успешно называли слово, которое было предложено им для запоминания. Иногда (15,6%) дети вообще оказались неспособны воспроизвести слово, случаи ошибочного воспроизведения были условно поделены на ошибки первого (воспроизведение всей логической цепочки, отдельного слова из цепочки, либо называние слова, близкого по смыслу исходному) и второго рода (воспроизведение слова, не имеющего ничего общего с исходным, но встречающегося среди слов методики, простое называние ребенком изображенного на карточке, называние абсолютно постороннего слова). Ошибки первого рода встречались в 9,6% случаев, второго – в 8%.

Чаще всего (83,5%) дети, правильно воспроизведя запоминаемое слово, смогли повторить логическую цепочку, образованную при запоминании, в точности, в 14% случаев – другими словами, в оставшихся 2,5% - иначе, либо не справлялись с этим.

Таким образом, у детей старшего дошкольного возраста с пограничными психическими расстройствами дизонтогенетического круга опосредованное запоминание характеризуется следующими свойствами: отношения между запоминаемым и опосредующим понятиями чаще всего носят простой, конкретный характер; наиболее распространенная ошибка при воспроизведении – замена исходного слова близким по смыслу; примерно в половине (55,7%) случаев диагностировано успешное овладение приемом опосредованного запоминания.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА ДЛЯ ДЕТЕЙ

Крахмалева О.Е., Иванова Т.И.
Клиническая психиатрическая больница, Омская государственная медицинская академия, Омск

Цель: оценка эффективности психиатрического стационара на дому для детей (ОИЛС).

Методы: клинические показатели (анализ поступления, клинко-психопатологическая оценка психического статуса), социально-экономическая оценка эффективности службы.

Клинические показатели. Анализ возраста поступления пациентов в ОИЛС за два года показал, что в 2009 году за специализированной помощью обращались 43 ребенка дошкольного возраста (22% от всех поступивших), в 2010 году эта цифра увеличилась в два раза – 82 человека (30,3% детей от все поступивших), среди которых 62% детей проживающих в семьях и 38% в детских домах. Данная тенденция отражает реалии современной психиатрии направленных на охрану психического здоровья детей дошкольного возраста. На основании клинико-психопатологической оценки выявлено, что у 20% детей проживающих в условиях социальной опеки отмечается стойкое улучшение психического состояния (улучшаются эмоционально – волевые и поведенческие нарушения, успеваемость), у 80% пролеченных детей сирот отмечается положительная динамика психического статуса.

Социально-экономические показатели. Оценка социальных показателей проводилась по анализу числа госпитализаций детей сирот в условия круглосуточного психиатрического стационара. Так, в 2008 году число детей сирот поступивших на обследование и лечение в круглосуточный стационар составило 158 человек (38,8% от общего числа госпитализированных), в 2009 году эта цифра составила 188 детей (37,2% от числа госпитализированных), в 2010 году – 142 сироты (28,5% от всех детей находившихся на лечении). Таким образом, больше количество детей сирот получали необходимую реабилитационную помощь по месту проживания силами персонала ОИЛС, что способствовала меньшей степени дезадаптации ребенка связанной с госпитализацией и сохранению уровня качества жизни в условиях доступного и необходимого психиатрического сервиса.

Таким образом, опыт работы детского стационара на дому подтверждает, что новая форма психиатрической помощи детскому населению является максимально доступной и качественной, что позволяет выйти на новый уровень в лечении психических расстройств у детей - интегрированный в социальной среде.

ТАКТИКА ТЕРАПИИ ПРИ ПИВНОМ АЛКОГОЛИЗМЕ У ПОДРОСТКОВ

Кривенков А.Н., Аносова Е.В.
ГНЦССП им. В.П. Сербского», Москва;
Курский государственный медицинский университет, Курск

В настоящее время в России отмечается отчетливая и устойчивая тенденция к росту злоупотребления пивом, пивного алкоголизма среди подростков и молодежи. Пивной алкоголизм подростков отличается высокой прогредиентностью, выраженными негативными медико-социальными последствиями. Эффективность его лечения остается низкой.

Целью исследования явилась разработка оптимальной терапевтической тактики в отношении больных пивным алкоголизмом подростков, которая позволяла бы устранить острые явления в короткие сроки, купировать патологическое влечение и другие психопатологические нарушения, предупредить развитие рецидивов болезни.

С помощью клинико-психопатологического метода обследовано 60 больных пивным алкоголизмом мужского пола в возрасте от 16 до 18 лет (средний возраст 17,0+-0,3 лет). У всех больных установлена средняя стадия заболевания.

Для лечения абстинентного синдрома (АС) использовали дезинтоксикационные средства (физиологический раствор, гемодез, дисоль, магния сульфат, фуросемид) в обычных возрастных дозах; витамины группы В в 2 раза больших, чем взрослым больным дозах (тиамин 100-200 мг/с, пиридоксин 120-240 мг/с; анксиолитик (диазепам 10-20 мг/с); гепатопротектор (карсил, гепамерц) и панкреатический фермент (панкреатин, панзинорм, мезим) всем больным в обычных дозах; другие препараты по симптоматическим показаниям. АС в большинстве случаев удавалось полностью купировать в течение 3-5 дней.

При АС и или в постабстинентном периоде для подавления патологического влечения к алкоголю применяли «мягкие» нейролептики (тиоридазин – 30-100 мг в день, хлорпротиксен – 30-100 мг в день), не требовавшие назначения корректоров; антидепрессанты из группы СИОЗС (флувоксамин 100 мг/с, пароксетин 10-20 мг 1 раз в день, сертралин 50 мг 1 раз в день); антиконвульсант (карбамазепин 100-200 мг в день) при пароксизмальном характере влечения.

Психопатические (или психопатоподобные) расстройства смягчались у больных при назначении перициазина в дозе 10-30 мг в день или тиоридазина в дозе 50-100 мг в день. С целью уменьшения органических изменений ЦНС использовали ноотропы (аминалон, пикамилон) и препараты с ноотропным компонентом действия (фенибут, мексидол) в средних возрастных дозах, но рассчитанных на продолжительное время (1-3 мес) и проводимых повторными курсами; аминокислоты (глицин, глутаминовая кислота); антиоксиданты (мексидол, пантенол и др.); вазоактивные вещества (циннаризин, актовегин) в возрастных терапевтических дозах в течение 1 месяца. В качестве сенсибилизирующего к алкоголю средства применяли метронидазол (1,0-1,5 г в день).

Проводилась индивидуальная рациональная, групповая и семейная психотерапия. При выполнении индивидуальной рациональной психотерапии преследовали цель преодолеть анозогнозию и сформировать у больных мотивацию на лечение. В психотерапевтической группе (предпочтительной оказалась микрогруппа 2-4 чел.) применялся ситуационно-психологический тренинг. Консультирование матерей и семейная психотерапия с ними улучшали микроклимат в семьях, определяли позитивный настрой близких в отношении лечения и трезвости больных подростков.

Наш опыт лечения больных пивным алкоголизмом подростков показал эффективность предлагаемого подхода. АС купируется в короткие сроки и в полном объеме, дезактуализируется патологическое влечение к алкоголю, смягчаются психопатические (или психопатоподобные) расстройства, уменьшается микроорганическая симптоматика. Отмеченные положительные сдвиги в состоянии больных способствовали достижению у них более продолжительных и качественных ремиссий.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕТСКОГО ДЕПРЕССИВНОГО ОПРОСНИКА M. COVACS У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Крыжановская И.Л., Сухотина Н.К.
Московский НИИ психиатрии, Москва

В последние годы происходит рост психических расстройств пограничного уровня в детском и подростковом возрасте. Это касается, в том числе, и различного рода эмоциональных состояний, обусловленных наличием тревожных, тревожно-фобических, тревожно-депрессивных, депрессивных, невротических расстройств, патологии поведения, нередко связанных со стрессом, нарушением адаптации в школе, семье, среде сверстников.

Для диагностической оценки отмеченных состояний нами в комплексном обследовании использовался детский депрессивный опросник M.Covacs.

Всего обследовано 233 чел.в возрасте 7-17 лет, обратившихся за консультативной помощью к психиатру в детское отделение Московского НИИ психиатрии и Зеленоградский центр психолого-медико-социального сопровождения.

У большинства обследованных (106чел.-45,5%) общий показатель депрессивности (в пересчете на Т-шкалу опросника) был выше среднего (свыше 55б.), причем в 19,3% случаев он превышал «клинический порог» (свыше 60б.); средний уровень отмечен у 94чел.- 40,3%; уровень ниже среднего – у 33чел.- 14,2%, т.е. у значительного числа детей имелся повышенный уровень депрессивности.

Анализ, проведенный по 5 субшкалам (А-сниженное настроение, В-межличностные проблемы, С-неуспешность, Д-ангедония, Е-отрицательное отношение к себе), выявил основные проблемы ребенка, связанные с эмоциональными, в том числе депрессивными, переживаниями. Так, наиболее высокий средний показатель депрессивности как по группе в целом, так и у отдельных детей выявлен по шкале В. По той же шкале В и, в меньшей степени, по шкале Д отмечено наибольшее число детей с высокими уровнями депрессивности. У отдельных детей высокие показатели определялись по любой из 5 шкал (в зависимости от имевшихся у них проблем). В значительном числе наблюдений (134чел.-57,5%) отмечен показатель выше «клинического порога» хотя бы по одной шкале, причем у большинства из них по двум и более шкалам.

Анализ различий в зависимости от пола и возраста выявил наличие среди детей с наиболее высокими показателями определенного сдвига в сторону преобладания девочек и лиц более старшего возраста (свыше 13 лет).

Среди детей с высокими показателями депрессивности (в сравнении с детьми без подобных показателей) преобладали дети с основными или сопутствующими эмоциональными и личностными расстройствами, нарушениями поведения, симптоматикой невротического уровня.

Таким образом, использование детского депрессивного опросника позволяет выявлять эмоциональные состояния депрессивного спектра, не достигающие степени очерченных депрессивных расстройств, с уточнением проблем, являющихся причинами формирующегося пограничного психического расстройства.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Куприянова Т.А., Москва

Одной из основных задач проведения психообразовательной работы с родителями детей, страдающих психическими расстройствами, является коррекция их представлений о проблемах ребенка с целью лучшего понимания его состояния, преодоления собственной растерянности, страха и потрясения, чувства личной вины по отношению к заболеванию ребенка, а также для формирования терапевтического сообщества, которое обеспечивает в дальнейшем эффективность работы с членами семьи для создания обстановки сотрудничества, безкоторого воздействие на ребенка дает частичный и нестойкий результат.

Для определения подходов к решению данных задач проводились психообразовательные занятия с родителями детей, страдающих психическими расстройствами и находящихся на стационарном лечении в детском отделении МНИИП, в группах, с количеством участников в каждой – 6 – 9 человек, число занятий – 8 – 10, продолжительность – 90 минут, 2 раза в неделю. На первых встречах упор делался на конкретных ответах на вопросы, которые беспокоят матерей (диагноз, обследование, лечение, прогноз). При этом врач должен был быть тактичен и деликатен, особенно в вопросах диагностики и прогноза, т.к. матери склонны к самообвинению и депрессивным реакциям, что ведет к сокращению социальных контактов и, нередко, к уменьшению уверенности в необходимости планомерной и длительной терапии ребенка. В дальнейшем работа была направлена на то, чтобы сформировать у матерей более правильное и адекватное отношение к ребенку с психическим заболеванием, а если необходимо, то изменить это отношение, а также, зачастую, по-новому построить свои взаимоотношения с ним. Для этого матери получали информацию о самом заболевании, его причинах, проявлениях, дальнейшем прогнозе. К 3 – 5 занятиям атмосфера в группе становилась более непринужденной, доверительной, исчезали недоверие и настороженность, которые могли отмечаться в начале, и участники получали информацию не только от врача, но и от других членов сообщества, обменивались с ними собственным опытом, вместе учились искать решение проблем путем свободного обмена мнениями. Это способствовало объединению родителей, их взаимной поддержке и контактам даже после выписки из стационара. Немаловажное значение имело формирование положительной эмоциональной установки родителей и поддержание ее от занятия к занятию, что создавало необходимую и твердую базу для успешного усвоения информации, способствовало уменьшению сопротивления получаемой информации, чувства вины, особенно при тяжелых психических расстройствах, что характерно для стационарного контингента больных детей, а также способствовало тщательному следованию всех назначений и рекомендаций врача.

В результате при выписки из стационара у матерей (в зависимости от их потребностей и нужд) было сформировано адекватное восприятие проблем ребенка с психической патологией, появились новые цели и решения насущных проблем, уверенность в своих действиях, направленных на адаптацию ребенка, уменьшилось или исчезло чувства вины, а главное – у них появился постоянный источник психосоциальной поддержки в виде сообщества родителей детей с подобными проблемами.

ПРИНЦИПЫ МОДЕРНИЗАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Макушкин Е.В.
ГНЦССП им. В.П.Сербского, Москва

Основной целью модернизации психиатрической помощи детям является повышение ее качества и доступности, снижение инвалидности по психическому заболеванию, уровня аутоагрессивного и агрессивного поведения.

Совершенствование оказания психиатрической помощи детям в условиях модернизации здравоохранения в субъектах РФ должно включать:

- обновление и переоснащение сети детских психиатрических лечебных учреждений, создание необходимых условий и материального обеспечения для внедрения порядка и стандартов оказания психиатрической помощи детям в регионе;

- обеспечение и совершенствование непрерывного медицинского образования в области детской психиатрии;

- внедрение во всех субъектах Российской Федерации порядка и стандартов оказания помощи детям при психических расстройствах и нарушениях поведения;

- проведение реструктуризации психиатрического коечного фонда субъекта для оптимизации оказания медицинской и реабилитационной помощи детям, страдающим психическими расстройствами, в соответствии с потребностями региона, с учетом данных заболеваемости, а также эффективности использования имеющегося коечного фонда;

- обеспечение развития стационарзамещающих технологий в практике оказания психиатрической помощи детям;

- оптимизацию и контроль за госпитализацией и сроками пребывания детей в стационаре с учетом реальной потребности, соблюдением норм Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

- открытие в психиатрических стационарах отделений «Мать и дитя»;

- обеспечение наличия в субъекте подразделений для оказания специализированной помощи детям и подросткам с кризисными состояниями и профилактики суицидального поведения (отделение «Телефон доверия», кабинеты социально-психологической помощи, отделение кризисных состояний);

- разработку и финансовое обеспечение программ превенции психической патологии, охраны психического здоровья детей на основе межведомственного, междисциплинарного взаимодействия с учетом региональных особенностей;

- обеспечение ежеквартального мониторинга эффективности и качества работы подразделений психиатрической службы по оказанию помощи детям.

Основные целевые показатели эффективности модернизации здравоохранения в части охраны психического здоровья детей в субъектах РФ:

- показатели структурной эффективности (обеспеченность детскими и подростковыми психиатрами, обеспеченность койками, местами дневного стационара)

- первичное выявление психических расстройств у детей и подростков;

- первичный выход на инвалидность;

- число суицидов в детско-подростковой популяции;

- удельный вес медицинских организаций, обеспечивающих оказание психиатрической помощи детям в соответствие с порядками и стандартами.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ БРОДЯЖНИЧЕСТВА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Малинина Е.В.[1], Чижова Т.Н.[2], Смирнова Т.А.[2]
[1] Челгосударственная медицинская академия,
[2] ОКСПНБ №1, Челябинск

Цель исследования: определение влияния биологических и социальных факторов на развитие социализированного расстройства, сопровождающегося уходами и бродяжничеством.

Материалы и методы. Клинико-психопатологически, катамнестически и статистически были изучены дети (n=191) мужского пола в возрасте от 10 до 15 лет, с социализированным расстройством поведения. С помощью специальной выборки дети были разделены на 2 группы. Первая группа (основная) соответствовала критериям социализированного расстройства поведения, сопровождающегося уходами и бродяжничеством. Во второй группе (контрольной) расстройства поведения не сопровождались уходами и бродяжничеством.

Результаты исследования: Проведенное исследование биологических факторов риска развития бродяжничества показало их разнообразие и неоднородность. При сравнении биологических факторов в группах были получены высоко достоверные статистические различия по следующим показателям: общее здоровье родителей и наличие наркологических заболеваний у них (P=0,0006); вспыльчивый и агрессивный характер у матери (P=0,0002); патология беременности у матери (P<0,0001); патология родов (P<0,0001). Данные характеристики преобладали в основной группе.

Роль семейных факторов в развитии поведенческих нарушений признается всеми исследователями, при этом заслуживают внимания как социальный статус семьи, так и психологические характеристики внутрисемейных отношений. В этой связи были рассмотрены следующие показатели: условия воспитания – семья или государственное учреждение, социальное положение родителей, материально-бытовые условия, тип воспитания, отношения в семье, образование родителей. При анализе социальных факторов, влияющих на формирование уходов и бродяжничества, обнаружено, что наиболее значимыми и статистически достоверными являются: не работающие родители (P<0,0001).; плохие материально-бытовые условия (P<0,0001); безнадзорность в воспитании (P<0,0001); конфликтные отношения в семье (P<0,0001). Представленные социальные факторы были ведущими в основной группе.

Кроме того было проведено сравнение по особенностям детей в дошкольном возрасте. Анализ полученных результатов показал, что в основной группе дети имели задержку психоречевого развития (P=0,0004), не посещали дошкольные учреждения (P=0,0001), были непослушны, совершали необузданные шалости (P=0,012), позже пошли в школу (после 7 лет) (P=0,0012) и могли учиться как по общеобразовательной, так и по коррекционной программам (P=0,0097).

Таким образом, клинический и статистический анализ социально-биологических факторов формирования бродяжничества в рамках социализированного расстройства поведения показал их неоднородность и многообразие. Их рассмотрение в контексте с клиническими поведенческими особенностями позволят сформулировать прогностическую модель формирования бродяжничества в рамках социализированного расстройства поведения и оказать помощь в проведении профилактических мероприятий в отношении данной категории подростков.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ

Малыгин В.Л., Искандирова А.Б., Феклисов К.А., Антоненко А.А., Меркурьева Ю.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Интернет используется все чаще в самых разных сферах жизни. Однако, одновременно, появляется и нарастает проблема чрезмерного использование интернет-пространства. В тоже время, до настоящего времени, остаются спорными критерии диагностики, клинические проявления, факторы риска формирования и распространенность интернет-зависимого поведения.

Целью исследования являлось уточнение диагностических критериев интернет-зависимости, апробация эффективных психодиагностических методик и выявление личностно-характерологических факторов риска формирования интернет-зависимости. В течение последних трех лет проведено сплошное невыборочное обследование 750 учащихся старших классов г. Москвы.

Методы исследования: Тест на интернет-зависимость Чена, тест Кеттела, тест Гилфорда, тест на эмоциональный интеллект в адаптации Е.А. Сергиенко, тест «Телесный образ я» M. Feldenkreiz, в адаптации И.А. Соловьевой. К диагностическим критериям интернет-зависимого поведения отнесены общие признаки, характерные для той или иной аддикции: сверхценность, толерантность, симптомы отмены, дезадаптация (конфликт с окружающими и самим собой) и рецидивы. В связи с этим с целью выявления интернет зависимости выбран диагностический тест Шкала Интернет Зависимости Чена, который включает в себя 5 оценочных шкал: 1.Шкала симптомов отмены; 2.Шкала толерантности; 3.Шкала внутриличностных проблем и проблем связанных со здоровьем; 4.Шкала управления временем; 5.Интегральный показатель интернт-зависимости. Диагностические подходы предлагаемого инструмента отражают объективное наличие зависимого поведения на основании общепризнанных признаков зависимости: невозможность субъективного контроля за деятельностью (употреблением вещества), симптомы отмены, толерантность и наличие дезадаптации (отрицательное влияние использования интернета на межличностные отношения, здоровье, работу, учёбу). Предложенная пяти-осевая модель теста позволяет не просто диагностировать предполагаемый факт наличия/отсутствия Интернет зависимого поведения в дихотомическом деление, но и качественно определить выраженность тех или иных клинических симптомов характеризующих паттерн зависимого поведения в его едином континууме. Одновременно нами проводилась объективизация данных с помощью специально разработанной анкеты. Данный тест прошел успешную апробацию и валидизацию (К.А. Феклисов, В.Л. Малыгин, 2011).

Выявлено, что распространенность интернет-зависимого поведения среди учащихся старших классов составляет от 4,0% до 13,4%, в зависимости от специализации школ (гуманитарные или физико-математические). Обнаружены значимые особенности характерологических свойств подростков с интернет-зависимым поведением, в частности психическая утомляемость, общая эмоциональная неустойчивость, перепады настроения, сниженная способность к эффективной волевой регуляции поведения, возбудимость, внутренняя напряженность. Эмоциональный интеллект подростка с интернет-зависимым поведением достоверно ниже эмоционального интеллекта подростка не злоупотребляющего интернетом. Данные характерологические свойства снижают адаптацию подростка в социуме и способствуют бегству в виртуальную реальность.

Таким образом интернет-зависимое поведение обладает всеми клиническими критериальными прявлениями, свойственными другим известным аддиктивным расстройствам. Формирование интернет-зависимости у подростков обусловлено нарушениями адаптации в социуме, что способствует уходу в виртуальную реальность и в еще большей степени нарушает (задерживает) развитие личности.

О ПРЕИМУЩЕСТВАХ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Маринчева Л.П., Злоказова М.В., Киров

В связи со значительной распространенностью психосоматических расстройств (ПСР) у детей и тенденцией к их хронизации необходима разработка инновационных моделей полипрофессиональной терапии данных пациентов на основе биопсихосоциального подхода (Антропов Ю.Ф., 2002; Великанова Л.П., Шевченко Ю.С., 2006).

Ранее применявшаяся (2004-2009 гг.) на базе Кировской детской городской клинической больницы модель трехэтапного лечения детей с ПСР с использованием психотерапии (Маринчева Л.П., Злоказова М.В., 2010), хотя и была достаточно эффективной, но не обеспечивала преемственности и психопрофилактики в ведении данной группы пациентов.

С января 2011г. в г.Кирове развивается инновационный вариант полипрофессиональной терапии учащихся с ПСР в условиях детского дневного психиатрического стационара (ДДПС) на базе общеобразовательной школы. Для этого было выделено 25% коек (6 мест из 25) для школьников с ПСР. За 5 мес. комплексную помощь получили 30человек, выписанных со стойким соматическим улучшением и стабилизацией эмоционального состояния.

С нашей точки зрения, в сравнении с соматическими стационарами терапия пациентов с ПСР в ДДПС имеет следующие преимущества:

1. реализуется биопсихосоциальный подход бригадой специалистов (психиатр-психотерапевт, психолог, социальный работник) в тесной взаимосвязи с педиатрами с учетом всех звеньев этиопатогенеза;

2. проводится в привычных для пациентов условиях, без отрыва от школьного обучения;

3. стоимость терапии снижается в 6 раз;

4. обеспечивается преемственность в реабилитации данных пациентов за счет организации взаимосвязи с территориальной детской поликлиникой и соматическими стационарами;

5. становится возможной ранняя диагностика ПСР вследствие организации скрининговой психодиагностики школьников и разъяснительной работы (лекции, семинары) с педагогами, родителями, учащимися;

6. возможно проведение всех видов психопрофилактической (психотерапевтической и психологической) работы с учащимися и их семьями.

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МИШЕНЕЙ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ЮНОШАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ПЕРВЫЙ ПРИСТУП

Маричева М. А., Бархатова А.Н., Каледа В.Г., Москва

Целью настоящего исследования явилось определение специфических мишеней психотерапевтической работы у больных, перенесших первый приступ юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП).

Материал и методы исследования. Изучено 77 больных мужского пола юношеского возраста (16-25 лет), перенесших первый приступ ЮЭПП [F20, F25, F30.21 и F32.3] кататонической (I группа), галлюцинаторно-бредовой (II группа) и аффективно-бредовой (III группа) структуры (9, 31 и 37 больных, соответственно). Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрические [методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э.Хайма, Копинг-тест Лазаруса, ТОБОЛ (диагностика типа отношения к болезни)] и статистический.

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе проведенного исследования были установлены ряд как общих особенностей, обусловленных психобиологическим влиянием пубертатного возраста, так и различия в субъективном отношении к болезни и характере преобладающих копинг-стратегий, коррелирующих с психопатологической структурой первого приступа ЮЭПП. Больные I группы значимо чаще демонстрировали отрицание факта болезни, преуменьшение значения/выраженности симптомов заболевания, прибегая к широкому спектру избегающих копинг-стратегий. У больных II группы преобладал стенический тип отношения к болезни, обуславливающий высокую частоту использования рационализаций и самоконтроля в качестве копинг-стратегий. Больных III группы отличало наиболее полное осознание болезни, что коррелировало с большей представленностью сенситивного, меланхолического и ипохондрического типов отношения к болезни. В используемых копинг-стратегиях этой группы больных преобладали избегание, положительная переоценка и обращение за помощью.

Выводы. Таким образом, исследование показало, что данная когорта пациентов нуждается в различных подходах к психотерапевтическому вмешательству. Так, наиболее эффективными для I группы оказалось вовлечение в арт-терапевтическую работу и участие в поддерживающих психотерапевтических группах. Для II группы наиболее показаны когнитивно-поведенческая терапия и психообразовательные занятия. Пациенты III группы с максимальной пользой могут использовать участие в поддерживающих и психообразовательных группах, тренингах коммуникативных навыков, а также в работе с ними могут быть использованы отдельные техники когнитивно-поведенческой терапии.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Марченко А. М., Корень Е. В.
Московский НИИ психиатрии, Москва

Ипохондрические расстройства (ИР) в детском и подростковом возрасте характеризуются серьезными проблемами социального функционирования, в ряде случаев сопоставимыми по последствиям с тяжелыми психическими расстройствами, в виде склонности к затяжному течению, вторичной ипохондрической аутизации со стойкой психосоциальной дезадаптацией в основных сферах жизнедеятельности, в механизмах формирования которой значительное место отводится влиянию психосоциальных факторов. В связи с этим возрастает актуальность исследований, направленных на изучение психосоциального контекста данного круга расстройств для разработки адекватных мер лечебно-реабилитационного и профилактического характера, обеспечивающих более благоприятный клинико-социальный прогноз.

Цель: Определение роли некоторых психосоциальных факторов, влияющих на клинико-социальный прогноз ИР у детей и подростков.

Материалы и методы: Клинически обследовано 109 больных в возрасте от 4 до 17 лет с ипохондрической симптоматикой в структуре психических расстройств непсихотического уровня. На основании динамического и катамнестического наблюдения (97 наблюдений), все катамнестические больные были разделены на две группы с более благоприятным и менее благоприятным клинико-социальным прогнозом. Длительность катамнеза составила от 1 года до 6 лет, средняя длительность катамнестического наблюдения составила 3,1 года (+- 1,5). При благоприятной оценке клинико-социального прогноза учитывалось достоверное повышение баллов по Шкале Общего Функционирования (CGAS) ($p<0,05$), а также положительные изменения в степени ресоциализации (возвращение к учебе, улучшение межличностных контактов, появление социально позитивно оцениваемых интересов и увлечений и т.д.), в том числе у больных с неполной редукцией ипохондрической симптоматики.

Результаты: К благоприятным признакам клинико-социального прогноза (64 наблюдения) относились своевременное обращение больных с ипохондрическими нарушениями к психиатру, высокий уровень комплаентности больных и их родителей, критичное отношение в семье к здоровью ребенка без потворствования ипохондрическим жалобам и установкам, активная позиция родителей в отношении социализации детей по мере нивелирования ИР (эмоциональная поддкржка, организация досуга, помощь в налаживании контактов с детьми и т.д.).

К неблагоприятным признакам клинико-социального прогноза (33 наблюдения) относилось позднее обращение пациентов и их родителей за специализированной психиатрической помощью с длительным пребыванием в первичном медицинском звене, частая смена специалистов, низкий комплаенс, персистирование ипохондрических установок в семье и стойко нарушенные семейных взаимоотношения с формированием симбиотических отношений ребенка и тревожно-мнительного взрослого, пассивная позиция родителей в отношении социализации детей.

Выводы: Полученные данные диктуют необходимость комплексной и индивидуализированной помощи детям и подросткам с ИР, которая должна включать наряду с фармакотерапией активное проведение направленных психосоциальных мероприятий, основанных на определении индивидуальных клинико-социальных потребностей детей и их семей на различных этапах течения заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Масихина С.Н.
Московский НИИ психиатрии, Москва

Современные исследования в области психосоциальной реабилитации биполярного аффективного расстройства (БАР) направлены на изучение психопатологии развития биполярных симптомов в контексте «генотип-средовых корреляций», то есть соотношения факторов риска и защиты, включающих генетическую, биологическую, социальную, эмоциональную и культурно- познавательную сферы.

Установленные специфические психосоциальные факторы риска и механизмы дезорганизации, которые инициируют и поддерживают БАР, определяют терапевтические мишени для психосоциального вмешательства. На текущий момент научно-обоснованными методами психосоциального вмешательства, позволяющими контролировать симптомы БАР, способствующими предотвращению рецидива аффективного эпизода или более длительным ремиссиям, а также усилению факторов защиты посредством выработки у детей и подростков навыков эмоциональной саморегуляции, являются:

1) методы, снижающие уровень стрессовых событий жизни (интерперсональная терапия и терапии социального ритма);

2) методы, снижающие стрессовые факторы социального окружения, включая внутрисемейные нарушения взаимодействия, недостаточную родительскую заботу и жестокое обращение, стиль воспитания «контроль без привязанности» (психообразовательная и семейно-ориентированная психотерапия);

3) методы, улучшающие когнитивный контроль настроения (когнитивно-поведенческая терапия).

Согласно адаптированному к БАР у детей методу психообразовательной и семейно-ориентированной терапии, психосоциальное вмешательство вначале предполагает поддержку и информирование членов семьи о состоянии ребенка и процессе лечения, а также оказание помощи семье в осознании границ между индивидуальностью и болезненными симптомами. В дальнейшем метод нацелен на ослабление негативных моделей семейного взаимодействия, таких как повышенный уровень эмоциональной экспрессии - враждебность, критицизм, чрезмерная эмоциональная вовлеченность. Семейная терапия нацелена на снижение семейных интеракций, характеризующихся высокой эмоциональной экспрессией и усиление способности ребенка с БАР совладать с эмоциональной атакой или стрессовыми семейными взаимодействиями. Психообразовательные и семейные мероприятия проводятся как индивидуально для семей, так и в составе мультисемейных групп. В режиме коммуникативного тренинга, проводится идентификация стрессовых факторов, которые вызывают колебания настроения, вырабатыются стратегии поддержания стабильности в эутимные периоды, повышается уровень осознавания характера коммуникаций в семейном окружении.

В настоящее время в целях оптимизации подходов к психосоциальной реабилитации разработаны ряд специальных программ для детей с БАР, которые включают модификации различных психосоциальных вмешательств, доказательно эффективных в плане воздействия на психосоциальную составляющую БАР у детей и подростков

МОДЕЛЬ ПРЕВЕНЦИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Мациевская Л.Л.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель исследования: апробация способа комплексной диагностики психологического здоровья выборки подростков с последующей разработкой модели превенции пограничных психических расстройств подростков старшего школьного возраста.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 100 подростков средней школы г. Караганды – учащиеся 7-10-х классов, у которых были изучены параметры эмоционального фона (стимуляция или подавление гнева, размышления, страха, радости, грусти) при помощи метода динамической сегментарной диагностики – ДСД (Бойцов И.В., Беларусь), реализованного в компьютеризованном комплексе “POINTS”. Для диагностики текущего психологического состояния использована компьютерная версия Las!Lusher полного цветового теста Люшера (Ласточкин А.Ю., 1992, 2001, Костюшов Г.В.,1992). Полученные данные были использованы в ходе психологического консультирования для уточнения психологических проблем подростков. Для квалификации выявленных расстройств применена рубрика Z (приложение к МКБ-10). В последующем участникам исследования предложено индивидуальное или групповое психотерапевтическое сопровождение. С учётом основных тенденций к формированию преневротических и невротических состояний в контексте социальной психотерапии разработана интегративная организационная модель их превенции.

Результаты. Актуальными патофизиологическими проблемами в исследуемой выборке подростков (по степени убывания) явилисьподавление страха, гнева (раздражения), бурное проявление гнева (раздражения), подавление радости, преобладание грусти, подавление размышления (осознания), причём последнее можно интерпретировать как тенденцию к формированию психологических защит, преобладающей из которых является отрицание. Вышеуказанное указывает на высокий риск развития психосоматических заболеваний, что подтверждено результатами оценки физического здоровья подростков методом ДСД. По результатам теста Люшера превалирующими характеристиками личности подростков явились стресс, вызванный ограничениями и запретами, загнанность. Проективные актуальные проблемы подростков - это потребность в уважении, честолюбивые сверхпритязания, затронутое честолюбие, изнеженность и жалость к себе, уход в идиллию, форсированная агрессия. Заявленные проблемы подростков в ходе психологического консультирования – глубокая усталость, тревожное напряжение, связанное с промежуточным государственным контролем и единым национальным тестированием, что квалифицировано как Z.8 «Другие проблемы, связанные с обучением и грамотностью». Стержневая проблема исследуемой группы подростков лежит в плоскости низкой адаптации к учебному процессу.

На заключительном этапе исследования разработана и апробирована комплексная модель психопрофилактической и психотерапевтической помощи подросткам, основанная на принципе неоабилитации.

Заключение. Данное исследование является одним из первых в Республике Казахстан, представляющих превентивный вектор совершенствования психиатрической помощи детям и подросткам. Методология исследования основана на актуальных для современной психиатрической науки и практики принципах: корреляции превентивной психиатрии с концепцией здорового образа жизни, формировании психологии здоровья и ментальной экологии молодого поколения, развитии связующей психиатрии, института социальной психиатрии и психотерапии, разноуровневой интегративной психологической помощи и неоабилитации. Необходимым представляется скрининговое исследование психологического и психического здоровья детства и юношества с разработкой действенных программ первичной и вторичной психопрофилактики.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Михайлова, Е.А., Проскурина Т.Ю., Мителев Д.А., Матковская Т.Н.
Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, Харьков, Украина

В современных условиях проблема психического здоровья выходит за рамки медицинской парадигмы в область анализа клинико-социальных взаимодействий. Рост психической патологии и девиантного поведения у детей как городской, так и сельской местности, беспризорности, определяет приоритетность изучения данной проблемы. Кардинально увеличивается и количество детей и подростков, которые нуждаются в медико-психологической, психотерапевтической помощи по вопросам психосоматики. Проблема актуализируется и в связи с отсутствием критериев терапевтического вмешательства при пограничных психических расстройствах, коморбидных с соматической патологией, которая обусловлена ограниченным использованием социальной и психотерапевтической составляющих лечения, полипрагмазией, наличием у многих психофармакологических средств существенных побочных эффектов, что затрудняет их применение у детей. В Украине отмечается общемировая тенденция к возрастанию суицидального поведения у детей и подростков, и, в особенности, у лиц с невротическими расстройствами. Одной из актуальнейших нерешенных проблем детской социальной психиатрии является синдром дефицита внимания с гиперактивностью, который, часто маскирует депрессивные расстройства у детей. Так, мультидисциплинарное исследование депрессии у детей 7 – 11 лет, проведенное в ГУ «ИОЗДП АМНУ» показало, что в их структуре превалирует девиантный (гипердинамический) вариант (45,8 %). Психические расстройства невротического уровня регистра (по данным исследования различных когорт детско-подростковой популяции) регистрированы у 40,3 % учеников общеобразовательных школ. Высокий уровень негативных эмоциональных переживаний (35,3 %), низкий контроль агрессии (43,5 %), низкий уровень познавательной активности (20,0 %) затрудняют процесс социализации детей школьного возраста. У 100% детей беспризорников (98 человек) выявлены непсихотические психические расстройства, а у 25,6 % из них – суицидальное поведение. Среди вариантов девиантного поведения у школьников, представляющих риск социальной дезадаптации, выделены: девиации стиля поведения (20,8 %), коммуникативные девиации (15,7 %), компьютерная зависимость (5,6%), игромания (5,4%), суицидальное поведение (3,2%). Социальные маркеры девиантного поведения у детей (воспитание в условиях гипоопеки и отвержения, неполная семья, низкий уровень материального обеспечения, конфликтность в семье и со сверстниками, трудовая миграция родителей, школьные дидактогении) определяют векторность социально - психиатрических мероприятий. Решение проблемы охраны психического здоровья детей и подростков на современном этапе возможно при интеграции клинической, биологической и социальной психиатрии с возрастанием роли последней в системе организации медицинской помощи. Приоритетным направлением детской психиатрии является поиск новых методологических подходов ранней диагностики психических, поведенческих и психосоматических расстройств, психологических проблем здорового ребенка на разных этапах его онтогенетического развития, разработка программ превентивной психопрофилактики и социотерапевтического вмешательства

РОЛЬ И ЗАДАЧИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Новикова Г.Р.
ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, Москва

Систематизация психических расстройств, вызванных нарушенным эволютивным развитием или сопровождающихся дизонтогенезом, крайне необходима для современного клинико-динамического осмысления детской психиатрии как самостоятельной дисциплины. Решение проблемы дифференциальной диагностики психических расстройств в детском возрасте позволяет выбрать тип обучения для детей и характер организационно-методического взаимодействия специалистов разного профиля при оказании этим детям социальной, коррекционной и терапевтической помощи. Этот принцип важен и для сопоставления результатов междисциплинарных исследований.

Современные представления о взаимозависимости оформления клинических проявлений психических и поведенческих расстройств у детей и подростков и нарушений развития, использование функциональной и многоосевой диагностики делает необходимым экстраполяцию принципов структурной диагностики на концепцию психического дизонтогенеза (с включением трех аспектов: клинического, психологического, социального), с раскрытием этих принципов через структурно-динамический и эволюционно-онтогенетический подходы. Эта проблема требует дальнейшей разработки с последующим отражением критериев дифференциально-диагностической оценки в систематике вариантов дизонтогенетических расстройств.

Наибольшую актуальность вопросы отграничения дизонтогенетических расстройств от психопатологических феноменов, характерологических и поведенческих нарушений, а также от возрастных непатологических (психологических) аналогов и непатологических девиаций личности приобретают при пограничных психических расстройствах (ППР). Это обусловлено клинико-психопатологическими особенностями ППР в детском возрасте. Они характеризуются рядом признаков, отражающих возрастную психопатологическую предпочтительность симптомообразования, которая значительно усиливает полисиндромальность психических расстройств и полиморфизм признаков.

Клинико-психопатологические особенности дизонтогенетических пограничных психических расстройств (выраженность, прогредиентность нарушений, нозологическая изоморфность симптоматики, клинический полиморфизм признаков) делают эти состояния преимущественно прерогативой психологической квалификации. Наиболее адекватным методом систематизации дизонтогенетических нарушений является системный нейропсихологический анализ высших психических функций (ВПФ). Этот метод позволяет провести клинико-психологическую квалификацию ряда параметров целостной картины отклоняющегося онтогенеза и выделить дизонтогенетические психические нарушения, которые выступают как «первичные» или сопутствующие. «Первичные» (истинные) дизонтогенетические психические нарушения предопределяют всю динамику патологического формирования, влияют на установление межиндромальных связей.

Реализация предложенного подхода к анализу состава полиморфной группы дизонтогенетических ППР позволило выделить механизмы структурно-динамических отклонений нарушенного развития, которые отражают взаимосвязь между дизонтогенетическими проявлениями, своеобразием клинических симптомов на психопатологическом уровне и нейропсихологическими особенностями системного строения ВПФ. Описаны как специфические, так и общие для разных типов дизонтогенетических ППР (ретардированного, депривационного, «церебральная альтерация») нейропсихологические особенности системного строения ВПФ.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Панкова О.Ф., Солохина Н.А.
РНИМУ имени Н.И.Пирогова, Москва

С позиций биопсихосоциальной модели психической патологии «внутренняя картина болезни» является объективной реальностью и имеет такое же значение, как и внешние проявления болезни. Психическая болезнь есть болезнь личности, при которой обнаруживается не только дефект, но и активное (хотя и патологическое) индивидуальное реагирование пациента, имеющего свои индивидуальные особенности и свои интересы. Особую значимость приобретают помимо объективной оценки клинической картины, типа течения и исхода заболевания, субъективные переживания больного.

Целью данного исследования явилось изучение наиболее характерных вариантов внутренней картины болезни у пациентов с психическими расстройствами в подростковом возрасте, их частоты, возможной корреляции с типом психической патологии.

Для достижения поставленных задач были использованы следующие методы:

- клинико-психопатологический (анализ анамнестических сведений и непосредственная беседа с больным);
- модифицированный для подросткового возраста вариант оригинального психодиагностического теста для оценки личностного реагирования на болезнь ТОБОЛ, разработанного в институте имени Бехтерева;
- клинико-психологический (проективный тест «Незаконченные предложения» Сакса и Леви);
- социально-психологический, включавший оценку семейного статуса ребенка, роль семейного окружения, других социальных факторов.

На данном этапе работы в санаторном отделении Детской психиатрической больницы № 6 было обследовано 65 подростков: 46 мальчиков и 19 девочек.

Полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы:**

1. У больных с психической патологией в подростковом возрасте существует корреляция между типом психического расстройства и типом реакции на болезнь.

2. Существуют гендерные различия в реакции пациентов на своё психическое расстройство: у девочек преобладает тревожно-невротический тип реагирования, а у мальчиков – апатический и анозогнозический типы.

3. Внутренняя картина болезни и реакция на болезнь у подростков в большой степени зависит от социальных факторов.

4. У всех обследованных подростков было отмечено в той или иной степени выраженности снижение качества жизни, что указывает на актуальность данной проблемы и необходимость продолжения дальнейших исследований с целью разработки методов предупреждения самостигматизации больных и поиска эффективных методов психотерапии и психокоррекции.

ДИНАМИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУБЕРТАТНОГО КРИЗА (ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КАТАМНЕЗА)

Пивоварова П.А., Вандыш В.В.
ГНЦССП им.В.П.Сербского, Москва

Цель исследования. Выявить основные тенденции возрастной динамики клинико-динамических вариантов психических расстройств, диагностированных как патологический пубертатный криз (ППК).

Клинический материал. Проанализированы истории болезни обвиняемых, которые были освидетельствованы дважды судебно-психиатрической экспертизой в ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского» Минздравсоцразвития России (90 набл.). Критерии включения в исследование: 1) наличие при первичном обследовании в подростковом возрасте психических расстройств, соответствующих клинической картине патологического пубертатного криза (Сухарева Г.Е., Гурьева В.А. и др.); 2) достижение на момент катамнестического обследования возраста совершеннолетия. Средняя длительность катамнеза - 10,28 ± 7,65 лет. **Методы исследования** – клинико-психопатологический, катамнестический, статистический.

Результаты. В группу *благоприятной динамики* (57,7%) вошли все случаи выздоровления, либо случаи редукции пубертатной психопатологии с отсутствием тенденций к усугублению предшествующей симптоматики; в группу *неблагоприятной динамики* (42,3%) - случаи с сохранением пубертатной психопатологии, а также с формированием по данным катамнеза более тяжелых в общепатологическом отношении состояний. Отдельно учитывалась категория неблагоприятной в социальном отношении динамики, которая характеризовалась усугублением и закреплением диссоциальных форм поведения, в том числе при относительно благоприятной клинической динамике.

По данным клинико-статистического анализа ($p<0.005$) группа обследованных с благоприятным исходом ППК характеризовалась такими признаками, как: задержка раннего развития; отсутствие аномалий личностного формирования по истерическому типу; преобладание в клинической картине ППК волевых расстройств, в том числе в виде снижения волевой активности; несколько большая частота неврологической патологии и полное отсутствие эндокринной патологии; редукция пубертатной симптоматики во всех случаях происходила к завершению подросткового возраста; трансформация самого ППК с выявлением в постпубертатном возрасте иных психических расстройств была нехарактерна. Соответственно, в качестве предикторов неблагоприятного исхода ППК можно выделить: относительно «чистый» преморбид; «манифестный» характер выявления пубертатной психопатологии (прежде всего, гебоидной) и расстройств адаптации; частота ведущих личностных расстройств в структуре ППК (25,9%), которые расценивались как основной диагноз во время проведения СПЭ в период ППК; редукция психических расстройств, специфических для ППК, в каждом втором случае по данным катамнеза происходила за счет их клинической трансформации в какое-либо иное психическое расстройство (личностное, состояние зависимости, органическое психическое расстройство, обусловленное экзогениями подросткового и более позднего возраста); в трети наблюдений - при катамнестическом исследовании ППК можно расценивать как манифестацию шизофрении.

Заключение. Таким образом, по результатам клинико-катамнестического исследования тенденции клинической эволютивной динамики патологических состояний, квалифицируемых как ППК, зависят от совокупности факторов (клинико-динамические особенности ППК, наличие дополнительных экзогенных вредностей подросткового и более позднего возраста, особенности преморбида – состояния до манифестации ППК). С патогенетической точки зрения прогностически неблагоприятные варианты клинической динамики представляют собой а) преимущественно вторичные (по отношению к ППК) психические расстройства, формирующие за счет дополнительных экзогенных вредностей либо в итоге окончательного структурирования личностных расстройств; б) реже – случаи катамнестически верифицированной шизофрении с началом заболевания по типу ППК.

СИНДРОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАНТАЗИРОВАНИЯ В КЛИНИКЕ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Пилявская О.И.
Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск

Цель: изучить особенности синдрома патологического фантазирования в клинике детской шизофрении.

Материалы и методы: Обследовано 63 пациента с диагнозом шизофрения детского возраста в возрасте от 7 до 11 лет. Диагноз установлен на основании диагностических критериев Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (рубрика F-20). Оценка когнитивных особенностей осуществлялась с помощью стандартной батареи психодиагностических тестов.

Результаты: Было выделено две группы наблюдений. В обеих группах ведущим клиническим проявлением явился синдром патологического фантазирования. В первой группе (n = 37) синдром патологического фантазирования не сопровождался расстройствами восприятия. Во второй группе (n = 26), патологическое фантазирование сопровождалось визуализацией представлений. Визуализированные представления соответствовали содержанию фантазий, имели склонность к повторению, носили произвольный характер и не достигали галлюцинаторной выраженности. У больных обеих групп обнаружены когнитивные нарушения в виде общего снижения познавательной деятельности, нарушения устойчивости и концентрации внимания, динамические расстройства мышления, снижение исполнительских функций. Во второй группе достоверно чаще, чем в первой ($p<0,001$) встречались когнитивные нарушения с преобладанием нарушений абстрактного мышления, снижением способности к обобщению и использованием латентных признаков при формировании понятий. Установлено, что более выраженные когнитивные нарушения наблюдались при синдроме патологического фантазирования с визуализацией представлений.

Выводы: Уточнение особенностей взаимосвязи между психопатологическими симптомами и особенностями когнитивных нарушений при детской шизофрении может быть полезно для выбора эффективной лечебной и коррекционно-реабилитационной тактики.

ПСИХИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ И ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Попова Л. А.
НЦПЗ РАМН, Москва

Социальная значимость проблемы психического инфантилизма обусловлена высокой распространенностью психической незрелости среди подростков и существенной ролью, которую психический инфантилизм играет в развитии социальной дезадаптации и девиантного поведения. В отделе по изучению подростковой психиатрии НЦПЗ РАМН для оценки различий «психического инфантилизма» при различных психических расстройствах проводится медико-психолого-социальное исследование, в котором принимают участие подростки обоих полов в возрасте от 15 до 17 лет, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении с органическим и шизотипическим расстройством.

Анализ анамнестических данных показал, что у большинства подростков родительские паттерны поведения делятся на 2 класса: гиперопекаемое с постоянным контролем или отстраненное, не принимающее на себя ответственность. Большая часть подростков имеет трудности с обучением, которые можно связать с недостаточностью познавательной мотивации. Данные медицинского осмотра свидетельствуют о задержке телесного развития: недостаточность роста, астеничность по сравнению со своими сверстниками, у многих юношей и девушек отмечается отставание в развитии первичных и вторичных половых признаков. Когнитивная сфера в целом соответствует характеристикам той или иной нозологии, описанным в литературе. Эмоциональный интеллект достаточно развит у всех подростков с инфантилизмом, однако при шизотипическом расстройстве отмечается искажение его структуры. Личностные особенности характеризуются ригидностью личностных установок и недоверием подростков к окружающему миру.

ПРОГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ

Портнова А.А., Усачева Е.Л.
Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
6 ДПБ, Москва

Распространённость психических расстройств у детско-подросткового населения является одним из значимых показателей здоровья нации. Анализ за последние 10 лет показателей болезненности, заболеваемости, инвалидности по психическому заболеванию на примере Москвы позволяет отметить определенные тенденции. Количество инвалидов по психическому заболеванию увеличилось с 14,9 на 10 тысяч населения в 2007 году, до 20,7 на 10 тысяч населения в 2010 г. Кроме того, снизился на 2,5 года средний возраст обращаемости с психиатрам за амбулаторной и стационарной помощью. Происходит неуклонное увеличение заболеваемости психическими нарушениями, в патогенезе которых значительную роль играют перинатальные вредности. Это объясняется в некоторой степени значительными успехами неонатологии, в том числе выхаживанием детей с критической массой тела. Большая часть таких детей пополняют ряды инвалидов по психическому заболеванию прежде всего за счет заболеваний со снижением интеллекта, которые занимают первое место среди всех причин инвалидности детского возраста. Пациенты с отставанием в развитии требуют мультидисциплинарного подхода в оказании им помощи (усилий психиатров, неврологов, педагогов-дефектологов, психологов, социальных работников).

Т.о. одним из приоритетных направлений психиатрии на современном этапе является ранняя профилактика психических расстройств и развитие исследований предикторов психических расстройств в неонатальном периоде.

ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ФАКТОР КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Рычкова Л.С., Силина И.Ю., Махнина Н. И.
Южно-Уральский государственный университет, Челябинск
ФБУ МРУИИ №1 ГУФСИН РОССИИ по Челябинской области, Челябинск

Введение. В подростковом возрасте в связи с формированием аддиктивного поведения особенно актуально встает проблема нарушения школьной адаптации, которая обусловлена не только поведенческими девиациями, но и появляющимися расстройствами когнитивных процессов. К наиболее распространенным видам аддикции у подростков можно отнести табакокурение (никотинозависимость), которое представляет собой бытовую токсикоманию. Никотинозависимоть, также как и любая токсикомания оказывает влияние на когнитивные процессы (внимание, память), что проявляется в поведенческих нарушениях, школьной дезададптации, снижении качества обучения.

Цель исследования – определить соотношение показателей когнитивных процессов у подростков с формирующейся аддикцией к психоактивным веществам в виде бытовой токсикомании (никотинозависимости).

Материал и методы. Исследование проведено в учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Обследовались подростки с различным уровнем склонности к формированию аддиктивного поведения к ПАВ. Объем выборки составил 48 подростков (10-13 лет). Первоначальное исследование было проведено по модифицированной авторской анкете, позволяющей определить степень наличия аддиктивного поведения к ПАВ (никотинозависимость, эпизоды вдыхания летучих органических растворителей и употребления алкоголя). Были выделены две группы: 1) подростки с бытовой токсикоманией (никотинозависимость) и эпизодами употребления алкоголя и вдыхания ПАВ (летучих органических растворителей) – n=25 (10 девочек 15 мальчиков); 2) подростки, не имеющие аддиктивных форм поведения – n=23 (10 девочек и 13 мальчиков). В работе использовались методики: 1. Анкета - интервью «Определение склонности к табакокурению и аддикции к психоактивным веществам»; 2. Методика для диагностики уровня отношения к психоактивным веществам - «Сталкер» (НПФ Амалатея); 3. Методика исследования внимания - «Кольца Ландольта»; 4. Методик исследования памяти - « Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия».

Результаты исследования. При оценке внимания у подростков с формирующейся аддикцией к ПАВ наиболее характерным оказался уровень продуктивности и устойчивости внимания «ниже среднего» (52 %, n=13), тогда как для подростков без аддиктивного поведения наиболее типичным является уровень «выше среднего» (60 %, n=14).

При оценке различных типов памяти двух групп подростков наиболее характерные различия установлены: а) для слуховой памяти показатели уровня развития для подростков с формирующимися аддиктивными формами поведения - «ниже среднего» (52 %, n=13), тогда как для подростков, не склонных к аддиктивным формам наиболее типичным является «выше среднего» показатель уровня развития (66 %, n=15); б) для зрительной памяти наиболее типичными являются показатели группе подростков с формирующимися аддиктивными формами поведения - уровень «ниже среднего» (48 %, n=12), тогда как для подростков, не склонных к аддиктивным формам поведения наиболее типичным является «средний» уровень (66 %, n=15); в) для комбинированного (слухо - моторного) типа памяти показатели уровня развития для подростков с формирующимися аддиктивными формами поведения - «ниже среднего» (40 %, n=10), тогда как для подростков, не склонных к аддиктивным формам поведения наиболее типичным является «средний» и «выше среднего» уровень (36%)

Вывод. Осуществление профилактической работы у подростков с формирующимся аддиктивным поведением важно проводить дифференцированно с учетом уровня информированности и отношения их к табакокурению и ПАВ.

ОБ ОДНОЙ ИЗ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ «МАСОК»В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Северный А.А., Иовчук Н.М.
НЦПЗ РАМН, Ассоциация детских психиатров и психологов, Москва

Понятие «маскированной мании» возникло по аналогии с определением «маскированных» (соматизированных) депрессий. Последнее оказалось весьма плодотворным, поскольку, во-первых, отражает клиническую реальность, во-вторых, заставило психиатров обратить внимание на громадный контингент больных, у которых психическая патология проявляется в значительной степени соматовегетативными расстройствами и которые, обращаясь к врачам-интернистам, на протяжении длительных периодов своей психической болезни не получали адекватной специализированной лечебной и социореабилитационной помощи. Однако, как всякое понятие, получившее популярность, маскированная депрессия утрачивает четкие психопатологические рамки, все более распространяясь на ати-пию депрессивных расстройств вообще. С «маркированными маниями» это, к сожалению, произошло уже в момент рождения термина. Описанные в единичных работах во Франции и в нашей стране, они включают, прежде всего, именно атипичные в психопатологическом смысле состояния (гипо)маниакального возбуждения с фасадной невроподобной, психопатоподобной симптоматикой и, более того, хронические и острые маниакально-бредовые синдромы. Но существуют «маскированные мании» в истинном смысле этого слова, то есть как синдромальные образования с преобладающей соматовегетативной симптоматикой, скрывающей психопатологическую основу, являясь причиной ошибочной диагностики соматических заболеваний и ответствующего лечения.

Мы наблюдали больных в возрасте от 11 до 19 лет, у которых на различных этапах эндогенного процесса (шизоаффективного или циклоидного) возникают очерченные периоды соматовегетативных нарушений, симулирующих конкретную соматическую патологию, с соответствующим обследованием и лечением. Эти состояния были следующими: булимия и полидипсия, диагностированные поначалу как дебют сахарного диабета; булимия с выраженным ожирением, диагностированным как пубертатный диспитуитаризм и соответственно леченным; стойкая артериальная гипертензия, не поддающаяся коррекции гипотензивными средствами, но проходящая через определенный срок самостоятельно; приступы пароксизмальной тахикардии при отсутствии признаков органического поражения сердца; стойкая бессонница на протяжении 2-3 недель, спонтанно возникающая и спонтанно проходящая; боли в позвоночнике, расцененные как проявление остеохондроза, и др.

Первоначальные клинические проявления гипоманиакального аффекта: преимущественно в виде повышенной активности, в повышении умственной работоспособности. Во время первых соматовегетативных эпизодов собственно симптомов гипомании практически не было. Заподозрить и диагностировать гипоманиакальное состояние позволяли лишь динамическое наблюдение и сопоставление с течением заболевания в целом, а именно; периодичность этих эпизодов, возникновение их в интервалах между депрессивными приступами или (в одном случае) в затяжном инициальном периоде развернутого маниакального приступа с атипичной психопатоподобной картиной. В последующих эпизодах, протекавших с типичной соматовегетативной симптоматикой, психопатологические признаки гипомании проявлялись уже более отчетливо, не оставляя сомнений в истинном характере болезненного состояния. Следует заметить, что подобная динамика свойственна и периодически протекающим маскированным депрессиям.

Таким образом, наш опыт показывает, что маскированные гипомании являются клинической реальностью, их проявления могут быть, очевидно, столь же разнообразными, как и маскированных депрессий, но их выявление более затруднено вследствие крайне редкой обращаемости такого рода больных к врачам, поскольку физическое самочувствие этих больных, в отличие от депрессивных, часто бывает достаточно комфортным и даже повышенно благополучным, хотя в некоторых вариантах высокая активность может обращаться имеенно на болезненные ощущения, формируя характер сверхценной ипохондрии с соответствующим поведением. Правомерно предположение, что в ряде подобных наблюдений речь может идти о «маскированных» смешанных состояниях, в частности при ипохондрической гипомании.

КОГНИТИВНЫЕ ИСКАЖЕНИЯ В ВОСПРИЯТИИ ОБРАЗА РЕБЕНКА У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ ПРОТИВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Серов А.Д.
ГНЦССП им. Сербского, Москва

Актуальность изучения индивидуальных особенностей лиц, совершивших сексуальное насилие против несовершеннолетних, можно определить как крайне высокую, учитывая социальную значимость совершенных деяний (в первую очередь – тяжесть психологических последствий для жертвы), общественный резонанс, часто сопровождающий судебные процессы, а также высокие показатели рецидивизма в данной группе правонарушителей.

В последнее время, при изучении факторов риска, способствующих совершению сексуальных правонарушений против несовершеннолетних, помимо общих криминогенных факторов и специфических факторов, свойственных всем сексуальным правонарушителям, все чаще делается акцент на изучение когнитивной сферы правонарушителя. Среди когнитивных нарушений выделяют своеобразные искажения в восприятии образа ребёнка, а именно наличие в когнитивной сфере правонарушителя аттитюдов, позволяющих ему нарушить существующие в культуре табу и вступить в сексуальные отношения с несовершеннолетним.

Предполагается, что содержания представлений сексуальных правонарушителей о действиях жертвы и её убеждениях, часто не соответствуют им в реальности. Им свойственно интерпретировать обычное, не связанное с сексуальностью поведение ребёнка, как провоцирующее их на вступление в сексуальный контакт. Lonsway и Fitzgerald (1994) предложили следующую классификацию когнитивных искажений у сексуальных правонарушителей: оправдание своего поведения, не понимание последствий и перенос вины и ответственности за совершенные действия на жертву или обстоятельства (Pervan S., Hunter M., 2007).

Когнитивные искажения – важнейший фактор в формировании и поддержании противоправного сексуального поведения. Большинство авторов, занимающихся вопросами риска в данной области, обращают внимание на необходимость учитывать данный фактор не только при составлении диагностических методик, но и при разработке коррекционных и терапевтических программ.

Цель нашего исследования - обнаружить различия в восприятии образа ребёнка, а именно – наличие или отсутствие подобных деструктивных аттитюдов в когнитивной сфере у лиц, совершивших сексуальные правонарушения против несовершеннолетних внутри собственной семьи и у правонарушителей, жертвами которых стали незнакомые дети. В качестве групп сравнения мы планируем использовать группу лиц, совершивших сексуальные правонарушения против совершеннолетних, а также группу лиц, не совершавших правонарушений.

Мы предполагаем использовать в нашем исследовании две переведённые нами на русский язык зарубежные шкалы, оценивающие негативные сексуальные аттитюды (SONAR и Abel-Backer), а также ряд отечественных методик, используемых при проведении направленного психологического исследования в лаборатории Судебной сексологии ГНЦССП им. Сербского (МиФ, ЦТО, Кодирование). Обсуждается возможность использования дополнительных методик.

К ОСОБЕННОСТЯМ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Симашкова Н. В., Коваль-Зайцев А. А.
НЦПЗ РАМН, Москва

При абилитации больных с детским аутизмом (ДА), в рамках мультидисциплинарного подхода, необходимо подключение психолого-педагогической реабилитации на основе данных индивидуальных коррекционных программ.

Цель работы: оценка изменений высших психических функций (ВПФ) у больных с ДА в ходе абилитации с учетом зоны ближайшего развития при применении Психологообразовательного теста (английская аббревиатура PEP).

Материал и методы: 60 больных в возрасте от 3,5 до 7 лет с детским психозом (МКБ-10, 1999 – F84.02), проходивших абилитацию в дневном полустационаре НЦПЗ РАМН. Выраженность когнитивных нарушений и степень зрелости ВПФ больных оценивалась в динамике по PEP с интервалом в 3 месяца. Под «зоной ближайшего развития» подразумевался удовлетворительный результат выполнения субтеста. Использование PEP, с выявлением зоны ближайшего развития при патопсихологическом обследовании, определяло специфику индивидуальных коррекционных программ для каждого ребенка. Такой подход позволил проводить реабилитацию, улучшая эффективность самой абилитации и социализации.

Результаты. Проведена целенаправленная когнитивная коррекция в зоне ближайшего развития ВПФ. После коррекции у всех больных отмечалась достоверная (при $P<0,05$) положительная динамика в развитии когнитивных функций (по PEP): улучшались познавательная активность, мелкая и крупная моторика, импрессивная и в меньшей степени экспрессивная речь.

Выводы. Проведенное исследование показало эффективность применения PEP для разработки индивидуальных абилитационных программ и результативность их применения в работе с больными детьми для преодоления когнитивного дизонтогенеза. Использование новых подходов к абилитации больных, с выявлением зоны ближайшего развития при помощи PEP, представляется перспективным у больных с ДА.

РАННИЕ ИСХОДЫ СИНДРОМА АСПЕРГЕРА

Сомова В.М., Бобров А.Е.
Московский НИИ психиатрии, Москва

Клиническая, прогностическая и нозографическая оценка синдрома Аспергера (СА) остается дискуссионной, что связано с ограниченностью катамнестических сведений.

Цель. Изучение клинико-психопатологических и психосоциальных аспектов адаптации лиц, страдавших в детском возрасте СА.

Материал и методы. Амбулаторно обследовано 107 пациентов от 18 до 35 лет (17 женщин и 90 мужчин), заболевших СА в детстве. Наряду с клиническим, анамнестическим и катамнестическим методами, использовались шкалы для оценки расстройств аутистического спектра и СДВГ (ASDI, ASDASQ, ASRS), а также экспериментально-психологические методики (MMIL, PF16, TCI, «Пиктограмма»).

Результаты. Было выделено четыре группы пациентов: с отсутствием стойких признаков психосоциальной дезадаптации (интегрированные – 26 человек), с преобладанием затяжных астено-дистимических состояний (депрессивные – 38 человек), с вычурностью поведения и мышления (своеобразные – 24 человека), с монотонным, стереотипно-прагматичным мышлением и поведением (прагматики – 19 человек).

У пациентов *первой группы* после 18 лет отмечались только транзиторные эпизоды психических расстройств, как правило, невротического или личностного уровня. Из них 96% учились или работали, а 62% были финансово независимы, 27% состояли в браке, 54% имели близких друзей из своей социальной среды. Во *второй группе* после 18 лет лечились у психиатра 87% больных. Стабильная занятость отмечалась у 68%, только 16% пациентов вели самостоятельную жизнь. Семью имели 3%, близкие друзья были у 21%. Пациенты *третьей группы* нуждались в психиатрической помощи в 67%, из них 83% сохраняли высокую трудоспособность, однако 92% финансово зависели от родственников. Брак не заключил ни один из этих пациентов, близких друзей имели 17%. У пациентов *четвертой группы* отчетливые психические нарушения выявлялись в 74% случаев. Полная трудовая или учебная занятость сохранялась в 79% случаев, но самостоятельно себя обеспечивали - 21%. 11% пациентов проживали в браке, близкие друзья были у 32%.

Заключение. Благоприятный прогноз при СА не исключает формирования личностных, тревожно-аффективных и когнитивных расстройств, существенно влияющих на адаптацию больных в период ранней и средней взрослости.

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л., Куприянова Т.А., Коновалова В.В., Кибрик Г.Н.
Московский НИИ психиатрии, Москва

Динамическое прослеживание психического здоровья учащихся общеобразовательных школ свидетельствует о тенденции к ухудшению показателей здоровья с увеличением количества детей с пограничными психическими расстройствами в процессе обучения. Изучение взаимоотношений между формирующимися психопатологическими расстройствами, характером дезадаптации и особенностями социальной ситуации школьника позволили сформулировать основные принципы сохранения психического здоровья детей, обеспечивающие полноценное образование и гармоничное развитие личности.

1.Условия обучения и уровень интеллектуальной нагрузки детей должны быть изначально адекватными их познавательным способностям.

Для этого необходима психологическая и неформальная медико-биологическая оценка психоневрологического развития детей. Это позволит в значительной степени уменьшить психологическую травматизацию детей, связанную с завышенными требованиями к их психическому уровню, что является одним из ведущих факторов дезадаптации и ухудшающегося в процессе обучения здоровья детей.

2. Максимально ранняя диагностика психических расстройств на стадии донозологических проявлений болезни, а также выделение групп риска по формированию психоневрологической патологии среди различных групп школьников.

3. Развитие системы сопровождения в образовательном процессе, способного гарантировать помощь и поддержку ребенку, оказавшемуся в ситуации, создающей угрозу его психическому здоровью.

Сферой особого внимания выступают дети, чье развитие обусловлено действием множественных факторов риска: дети и подростки с низкими показателями психического здоровья (эмоционально неустойчивые, с низкой волевой активностью, астеническими проявлениями, нарушением внимания и другими проявлениями), часто болеющие дети, дети с физическими дефектами или хроническими соматическими заболеваниями, дети и подростки, находящиеся в аномальных психосоциальных ситуациях дома , в школе, среди сверстников. Наиболее целесообразной представляется консультативная форма сопровождения, осуществляемая на основе полипрофессионального бригадного обслуживания, позволяющего осуществлять координированный, интенсивный многопрофильный подход к решению проблем психического здоровья.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ РЕБЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНО ФОРМИРОВАТЬ И ВЫРАЖАТЬ СВОЕ МНЕНИЕ ПО ВОПРОСАМ, ЗАТРАГИВАЮЩИМ ЕГО ПРАВА И ИНТЕРЕСЫ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Терехина С.А.
ГНЦССП им. В.П.Сербского, МГППУ, Москва

Внесение поправок в законодательство, направленное на защиту прав и интересов детей при разводе в семье, повысило актуальность вопросов, связанных с учетом мнения самого ребенка при вынесении судебных решений о его дальнейшем жизнеустройстве и условиях взаимодействия с родителями. В частности, нет единой точки зрения по поводу возраста ребенка, начиная с которого его мнение должно учитываться судом. В соответствии с Семейным Кодексом, в настоящее время он определяется 10 годами. В то же время, если у суда возникает сомнение в том, что желание ребенка не является самостоятельным и независимым, или оно противоречит его «наилучшим интересам», то суд может не принимать его в расчет при вынесении окончательного решения. Для выяснения способности ребенка к самостоятельному выбору своего места проживания, а также условий воспитания судом может быть назначена судебная психологическая экспертиза.

Целью данного исследования являлось выделение психологических характеристик, которые необходимо учитывать при оценке способности ребенка самостоятельно формировать и высказывать мнение по поводу места своего дальнейшего проживания и характера взаимодействия с родителями в ситуации развода.

Эмпирический материал представлен результатами экспериментально-психологического исследования детей и подростков, проходивших комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу по гражданским делам, связанным с защитой их интересов при разводе родителей, и признанных не страдающими психическим расстройством (70 детей и подростков мужского и женского пола в возрасте от 5 до 15 лет).

Анализ полученных данных позволил выделить когнитивный, мотивационный, индивидуально-психологический, семейный и ситуационный факторы, которые необходимо учитывать при оценке способности ребенка самостоятельно формировать и выражать свое мнение по вопросам, затрагивающим его права и интересы. Намечен алгоритм такой оценки при проведении КСППЭ детей в гражданском процессе. На первом этапе оценке подлежит потенциальная способность ребенка к адекватному восприятию и осмыслению событий окружающей действительности и взаимоотношений между людьми. Она обеспечивается определенным уровнем психического развития ребенка, предполагающим достаточную степень сформированности высших психических функций и, в частности, их произвольных форм. Среди индивидуально-психологических особенностей выявляется наличие таких черт, как ведомость, зависимость от мнений и оценок ближайшего окружения, повышенная внушаемость и склонность к фантазированию. Следующий этап заключается в оценке способности ребенка к восприятию и осмыслению семейных взаимоотношений в целом. Сюда включаются представления ребенка об идеальной семье, правилах и нормах семейной жизни. Затем анализируются особенности восприятия ребенком своей родительской семьи, сложившейся семейной ситуации, реакции самого ребенка на семейный конфликт, характер отношений ребенка с каждым из родителей. Учитывается способность ребенка к прогнозу дальнейшего развития семейной ситуации, а также позиция самого ребенка в системе семейных взаимоотношений. Важную роль играет способность ребенка дифференцировать собственные взаимоотношения с каждым из родителей и отношения родителей друг с другом. На завершающем этапе выявляются признаки включенности ребенка в семейный конфликт, и дается оценка степени такой включенности. Особое внимание необходимо уделить формальному и содержательному анализу высказываний ребенка, с помощью которых он выражает свое мнение, а также самой ситуации, в которой это происходит. Использование предложенного алгоритма позволит повысить качество экспертных исследований несовершеннолетних в гражданском процессе.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

Фомушкина М.Г., Раева Т.В.
Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

С целью изучения особенностей волевой регуляции и разработки методов ее психологической коррекции было обследовано 45 подростков с расстройствами поведения (F91), находящихся на лечении в психиатрическом стационаре, группу контроля составили 25 учащихся старших классов общеобразовательной школы. Клинико-психопатологическое исследование дополнялось данными психологических методик (диагностики волевого потенциала личности (фрагмент методики многофакторного исследования личности Р. Кеттела), изучения импульсивности и волевой регуляции).

В результате обнаружено, что большинство подростков (77,8%) с расстройствами поведения проживали в условиях хронической психогенной ситуации, гипоопеки и безнадзорности, где не было условий для выработки волевых качеств характера и способов саморегуляции, которые приводят к наиболее эффективному построению и реализации своей деятельности, обеспечивают ее продуктивность. Их родители не имели социально- и личнозначимых целей, не умели принять на себя ответственность за своих детей, как правило, не знали ощущения успеха в результате целенаправленной деятельности. 82,2% обследованных подростков не доводили начатое дело до конца, 73,3% не могли оторваться от интересного дела, чтобы делать уроки, не любили читать книги, 68,9% не имели устойчивых увлечений, у них отсутствовали интеллектуальные интересы, в свободное время гуляли с друзьями на улице, вели праздный образ жизни. Незрелость эмоционально-волевых свойств личности пациентов выражалась в повышенной склонности к имитации отрицательных форм поведения окружающих (уходы из школы, сквернословие, мелкое воровство, употребление спиртных напитков, курение и т.п.), развитии реакций протеста, бродяжничестве, агрессивных тенденциях, преобладании игровых интересов над интеллектуальными, низкой дисциплинированности, отсутствии самостоятельности и организованности, стойких привязанностей в дружбе и увлечениях, выдержки, терпения, способности подавлять импульсивные желания и влечения. По данным диагностики волевого потенциала личности выявлено, что у подростков с расстройствами поведения в 55,6% отмечались его высокие показатели, что свидетельствует о наличии агрессивных тенденций. Средние показатели по данному критерию у школьников (60,0%) характеризовали преобладание у них сдержанного поведения и эмоций, адекватный и достаточный уровень самоконтроля. Достоверные различия между группами (p=0,05) установлены по признаку «волевая регуляция», 77,8% больных имели низкий уровень волевой регуляции, что свидетельствует о преобладании у подростков неустойчивого типа поведения, тогда как у 76,0% группы контроля выявлены его средние показатели, характерные для данного возрастного периода. По данным проведенного исследования одной из важных психотерапевтических мишеней у подростков с расстройствами поведения была их волевая регуляция, при которой осуществляется преодоление препятствия для получения нужного результата. Такая работа возможна, если задействован режим рефлексии и более широкий контекст жизни человека, с учетом его будущего, его ценностей, учета интереса других людей. Психологическая помощь включала в себя развитие способности у подростков с расстройствами поведения выходить из эгоцентрической позиции и выполнять следующие шаги: остановку выполняемой деятельности, выход в рефлексивную позицию, осуществление внутреннего диалога, заполнение разрыва в выполняемой деятельности как кооперация деятельности и рефлексивной активности, инициацию деятельности в измененном виде, либо ее прекращение.

Таким образом, в формировании у подростков с расстройствами поведения полноценной функциональной структуры процессов волевой регуляции важное значение имеет видение себя в более широком контексте жизни и развитие рефлексии, что позволяет им лучше понять себя, свои потребности, характер и причины принятого решения, необходимость проявить коррекцию своего поведения.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Хайретдинов О. З.
Самара

Актуальность стандартизации и формализации оценки симптомов детского аутизма (ДА) повышается в связи с ожидаемыми изменениями диагностических критериев в DSM-V и МКБ-11. В российской детской психиатрии оценочные шкалы аутистических расстройств применяются крайне редко, в то время как в зарубежных странах используются весьма активно.

Произведен анализ структуры некоторых диагностических шкал: оценочной шкалы детского аутизма (CARS, Schopler et al., 1988), оценочной шкалы аутизма Gilliam (GARS, Gilliam, 1995), детского опросника аутизма (CHAT, Baron-Cohen, et. al., 1992), диагностического интервью аутизма (ADI-R, al.,), графика диагностического наблюдения аутизма (ADOS, al., 1989) и оценочной клинико-этологической шкалы аутизма (Хайретдинов О.З., Уваровская О.Ю., 2001).

Рассмотренные шкалы различаются в связи с задачами применения (скрининг, диагностика, количественная оценка симптомов; клиническая практика или исследования), необходимому времени для заполнения (от 5-10 минут до 1,5-2,5 часов), возрасту пациентов (от 18 месяцев до 16 и более лет), адресатам (врачи, родители).

При применении различных шкал у одних и тех же детей в ряде случаев обнаружены расхождения в оценке степени расстройств. В частности, согласованность показателей по шкалам CARS и GARS выше при синдроме Каннера и ниже - при атипичном и органическом аутизме.

Сделаны выводы о возможностях использования оценочных шкал для диагностики и дифференциальной диагностики детского аутизма в различных возрастных группах.

ВАЛИДНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Ценных Н.С., Овсянникова Н.Л., Шаповалов Д.Л.

Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, Воронеж

Цель исследования. Проанализировать валидность ранее установленного в детском и подростковом возрасте диагноза легкой умственной отсталости (олигофрении в степени легкой дебильности) на основании данных катамнестического наблюдения

Материалы и методы. 25 пациентов - мужчин в возрасте 27 – 34 года с диагнозом легкой умственной отсталости (олигофрении в степени легкой дебильности), установленным в возрасте до 18 лет, обратившихся для решения вопроса о возможности осуществлять различные виды профессиональной деятельности. Методы: клинико – психопатологический (с анализом архивной медицинской документации), экспериментально – психологический (взрослый тест Векслера, методики «Четвертый лишний», «Классификация предметов», «10 слов», проба Бурдона).

Результаты исследования. На момент обследования все пациенты состояли в браке, 14 (56,0%) из них имели детей. С момента постановки диагноза во всех случаях отмечалось повышение уровня профессиональной адаптации: 17 пациентов (68,0%) приобрели квалифицированные специальности, 6 пациентов (24,0%) получили среднее специальное образование, 2 пациента (8,0%) – высшее образование. Все пациенты работали по полученным специальностям. В психическом статусе отмечались сохранность и дифференцированность эмоционального реагирования, сохранность мнестических функций, логичное и последовательное мышление со способностью проводить основные мыслительные операции по категориальным признакам. Сохранность структуры мышления обследуемых, подтверждалась и экспериментально – психологическими данными. В то же время, имел место низкий уровень общей осведомленности при достаточной ориентировке в приобретенной специальности и в практических вопросах. Часть обследуемых при проверке уровня знаний обнаруживала склонность к многословным, бессодержательным рассуждениям, что можно расценить как компенсаторную реакцию на собственную несостоятельность. Психометрическая оценка интеллекта во всех случаях соответствовала низкой норме и составляла от 81 до 90 баллов (среднее значение 86,7±1,1 балла).

При анализе архивной медицинской документации было установлено, что на момент постановки диагноза у всех обследуемых описывались диагностически значимые признаки олигофренического дефекта. В то же время, анамнестические данные не соответствовали характерным для умственной отсталости: сведения о раннем развитии, течении беременности и родов у матери, наследственной отягощенности у 20 обследуемых (80,0%) отсутствовали; 18 (72,0%) обследуемых получили полное среднее образование, не дублируя классы. Все они были жителями сельской местности, 23 человека (92,0%) воспитывались в социально неблагополучных семьях. В промежутке между постановкой диагноза и настоящим обследованием ни один из пациентов не получал какого – либо лечения.

Вероятно, в рассматриваемых случаях имела место гипердиагностика олигофренического дефекта за счет пограничной интеллектуальной недостаточности, обусловленной социально – педагогической запущенностью. В то же время, в литературе имеются данные о возможности положительной динамики психометрических оценок интеллекта при легких степенях олигофренического дефекта, вплоть до достижения нормативных значений.

Заключение. Используемые в настоящее время в детской и подростковой психиатрической практике диагностические критерии олигофрений в ряде случаев приводят к их гипердиагностике. Выраженность психиатрической стигмы, ассоциированной с диагнозом олигофрении, настоятельно требует уточнения диагностических критериев данных состояний, а также – более ответственного подхода к постановке диагноза со стороны практических врачей.

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Л.К.Шайдукова,Р.Г.Гроховская
Казань

Ранний детский аутизм, несмотря на достаточно длительную историю его исследования, остается попрежнему недостаточно изученным заболеванием.

Цель и задачи исследования: изучение особенностей коммуникативной сферы у пациентов с РДА. Было обследовано 84 ребенка, которым был выставлен диагноз РДА. Наряду с критериями РДА, представленными в «МКБ-10», были выявлены специфические симптомы-маркеры этого заболевания: 1. Использование детьми опосредованного предмета при взаимодействии с окружающими (рука матери) .2.Симптом «дельфиньего визга», заключавшийся в появлении у детей-аутистов специфического звука, напоминающего дельфиний визг. Характерен также свой, непонятный для окружающих язык (нечленораздельные слоги с различными интонационными модуляциями). 3. Недифференцированное восприятие живого и неживого. 4. Дополнительные признаки аутистической предиспозиции: зажмуривание глаз, стремление закрыть глаза и уши руками, негативистичное отворачивание в сторону, отказ от телесных контактов, создание вокруг себя определенного пространства, протест при стремлении ввести их в общественное место.

Таким образом, выявление дополнительных симптомов-маркеров раннего детского аутизма является важным для диагностики этого заболевания, дифференциации его от других, сходных расстройств и для проведения психотерапии данного контингента лиц.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ДЕТСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

Шалимов В.Ф.
ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, Москва

Оказание медико-психологической коррекции в рамках большинства ныне существующих специализированных медицинских учреждений не решает многих аспектов жизни детей с пограничными психическими расстройствами за пределами этих учреждений. Поэтому после оказания детям интенсивной лечебно-коррекционной помощи, как правило, сохраняется необходимость их медицинского, психологического, коррекционно-педагогического, и социального сопровождения уже в условиях образовательных учреждений.

До сих пор в стране не разработана единая стандартизированная система динамических оценок состояний, связанных с проблемами развития в детском возрасте. Последние, затрагивающие психическую, физическую сферу, часто влекут не только существенные психологические затруднения, но и поведенческие нарушения, вплоть до противоправной активности несовершеннолетних. При этом постановка на диспансерный психиатрический учет таких детей не всегда целесообразна из-за возможных последствий «стигмы» психиатрического патроната и значительного усугубления личностных психологических проблем.

Несмотря на полипрофессиональный характер помощи этим детям (в бригаде специалистов, кроме врача-психиатра работает психолог, педагог, логопед, социальный работник) в большинстве случаев это помощь, к сожалению, носит однократный характер, сводится либо к формальной беседе, либо неполной диагностике, без конкретных рекомендаций и участия в сопровождении ребенка непосредственно в образовательной среде. Кроме того, имеющиеся центры не рассчитаны на оказание лечебной помощи, а там где такие попытки предпринимались, это оказалось нецелесообразным, так как происходило дублирование амбулаторной психиатрической помощи.

С нашей точки зрения в сегодняшней ситуации обеспечение профилактического и лечебно-реабилитационного похода к детям с проблемами развития и поведения наиболее оптимально может быть реализовано у тех детей, у которых имеется пограничный уровень психических расстройств, так как при этом сохраняется наибольший ресурс позитивной динамики патологических нарушений.

К профилактическим стратегиям детской социальной психиатрии в условиях образовательной среды целесообразно относить: 1) мониторинг состояний, обусловленных нарушениями психического и психофизического развития в детском возрасте, 2) разработку типологии психических и поведенческих расстройств, значимых для оказания комплексной медико-социальной помощи детям с нарушений возрастного развития и поведения в условиях образовательных учреждений компенсирующего вида; 3) определение маршрута комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка с пограничными психическими расстройствами, имеющими ресурс позитивной динамики патологических нарушений, для обеспечения наиболее эффективного возвращения проблемного ребенка в нормативную образовательную среду; 4) разработку полипрофессиональных программ лечебно-оздоровительной, психокоррекционной и реабилитационной помощи детям в условиях образовательной среды.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА С ПОМОЩЬЮ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ В СТРУКТУРЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Шапошникова А. Ф.
Москва

Одной из актуальных задач в структуре оказания комплексной помощи детям, страдающим расстройствами аутистического спектра, является контроль эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Данная задача может быть решена с помощью стандартизированных оценочных шкал, которые могут быть с успехом внедрены в практическую работу.

На базе Центра с целью контроля эффективности лечебно-ребилитационного процесса применялась шкала CARS, The Childhood Autism Rating Scale, которая является широко используемой в США оценочной шкалой для определения выраженности аутистических проявлений у детей 3-15 лет. Использование шкалы позволило получать объективную оценку динамики состояния больных, своевременно корректируя тактику медикаментозной и психолого-педагогической поддержки. Обследования детей проводились с интервалом в 6 месяцев.

В настоящее время апробируется специально разработанная шкала количественной оценки выраженности синдрома аутизма у детей 5-12 лет по МКБ-10, дополненная «опросником» для родителей. На данном этапе под динамическое наблюдение с помощью шкалы взяты 123 ребенка 6-12 лет, обучающиеся в школе ГОУ ЦПМССДиП, страдающие ранним детским аутизмом Каннера, атипичным аутизмом (атипичным аутистическим психозом) и синдромом Аспергера, а также заболеваниями, не включающими в себя аутистические расстройства (контрольная группа).

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЧЕСКОМ АУТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Шевченко Ю.С., Каримов В.В.
Детская психиатрическая больница № 6, Москва

Актуальность определяется недостаточной разработанностью диагностических критериев «Органического аутизма у детей» (ОА), и дифференциальной диагностики с «Детским типом шизофрении». «Ранним детским аутизмом Каннера»

Цель исследования: выделение дифференциально-диагностических признаков ОА и детского типа шизофрении, синдрома Каннера, выбор терапевтических и педагогических мероприятий, средств реабилитации.

Материал и методы исследования: обследованы 92 ребенка обоего пола в возрасте от 3-х до 7-и лет, проходивших стационарное обследование и лечение в условиях ДПБ №6. Из них 68 детей наблюдались с диагнозом «Детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга» (F84.01) и 24 ребенка с «Детским типом шизофрении», «Детский аутизм, обусловленный другими причинами», «Атипичный аутизм». Длительность катамнеза от 1-го до 5-и лет. Применялись клинические, патопсихологические, нейропсихологические и статистические методы исследования.

Результаты: при анализе клинической картины заболевания у детей из 2-х групп выявлено, что достоверно чаще в группе с ОА встречается церебрастеническая симптоматика, обусловленная резидуальным поражением головного мозга перинатального генеза ($p<0,01$), нарушения речевого развития и низкий уровень интеллектуального развития, отсутствовала продуктивная симптоматика ($p<0,01$), чаще наблюдался неврозоподобные расстройства в виде первичного энуреза ($p<0,01$). У всех детей с ОА отсутствовал этап нормативновозрастного развития в анамнезе, не отмечалась прогредиентность заболевания ($p<0,01$), сохранялось эмоциональное взаимодействия с близкими родственниками и окружением ($p<0,01$).

Выводы: верификация органического аутизма с учетом всех вышеперечисленных критериев позволяет адекватно составить схему комплексных медико-педагогических коррекционных мероприятий, реабилитации детей.

АМБУЛАТОРНАЯ КУРАЦИЯ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО ЭНДОГЕННЫМ ПРОЦЕССУАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВАМ

Шмакова О. П.
Москва

Численность детей препубертатного возраста, относимых в группу угрожаемых по развитию психозов в подростковом и взрослом возрастах по собственным данным составляет 6 -10% всех, обращающихся за амбулаторной помощью к детскому психиатру. В группу риска (ГР) нами относились больные с: 1. подострыми, кратковременными субпсихотическими симптомами; 2. аффективными, неврозо- и психопатоподобными, когнитивными расстройствами, с картиной не укладывающейся в рамки реактивных, невротических, органических нарушений, имеющей эндогенную окраску с аутохтонностью, сезонностью, специфическими нарушениями мышления; 3. личностными особенностями, включающими снижение эмоционального тонуса, дисгармонический инфантилизм, диссоциацию развития психических функций; 4. синдромом Аспергера; 5. со стойкой и прогрессирующей социальной дезадаптацией, сочетающейся с психическими расстройствами пограничного регистра; 6. пробанды, родители или сибсы которых болели шизофренией, эндогенными аффективными заболеваниями.

Амбулаторное ведение пациентов ГР включало: 1) выстраивание доверительных отношений со школьником и родителями с целью организации длительного наблюдения психиатром; 2) медикаментозную коррекцию инициальных расстройств, беспокоящих обратившегося (депрессивных, субпсихотических, псевдоорганических, невротических и др.), предпочтение отдавалось малым дозам эффективных препаратов с хорошей переносимостью; 3) когнитивную психотерапию - обсуждение имеющихся жалоб, методов их лечения, разъяснение конкретных методов курации;4) предупреждение развития школьной дезадаптации (перевод на щадящее обучение; рекомендации по смене школы, если не удавалось избежать обратного); 5)семейную психотерапию.

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОЖИЛЫХ

Андреев А.А.
ГУЗ Областной клинический психоневрологический диспансер, Тверь

В последние годы четко наметилась тенденция к увеличению числа пожилых лиц, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу. Обобщая результаты экспертных исследований, мы пришли к заключению, что причины, затрудняющие принятие экспертного решения при первой амбулаторной СПЭ, можно разделить на две группы:

1. Причины, связанные с клиническими особенностями течения психических расстройств: полиморфизмом, атипией симптоматики, выявляемой при обследовании, не соответствие её классическим формам течения заболевания, особенно, если оно впервые выявляется при проведении экспертизы, наличие патологической почвы, психогенных наслоений, возникающих под влиянием судебно - следственной ситуации.

2. Причины организационного характера, связанные с недостаточностью сведений об испытуемом, представляемых экспертам - их полноты, информативности, объективности.

Изучение наблюдений, при которых у одного и того же испытуемого предположительный диагноз был подтвержден стационарно или же, напротив, имело место расхождение в диагностике, позволил нам выделить основные варианты диагностических затруднений при судебно - психиатрическом освидетельствовании.

Основной причиной затруднений в принятии экспертного решения у лиц пожилого возраста служит необходимость уточнения степени выраженности психических расстройств: в ряде случаев, сведения, почерпнутые из материалов следственного дела, диссоциируют с данными клинического обследования. Нередко в представленной медицинской документации содержатся диагнозы, свидетельствующие о невыраженных психических расстройствах, установленных в периоды, далеко отстоящие от момента правонарушения. С учетом динамики клинических проявлений, сопоставление данных настоящего исследования и данных медицинской документации, других материалов дела, в том числе дополнительно запрошенных с учетом возникших вопросов, позволяет оценить прогрессирование психических расстройств, либо происходит присоединение реактивных наслоений, из-за этого соотношение данных настоящего обследования с данными медицинской документации свидетельствует о прогредиентном течении заболевания.

Реактивные состояния у лиц, страдающих органическим заболеванием головного мозга травматического либо атеросклеротического генеза, особенно у лиц пожилого возраста, нередко приобретают затяжное течение. В связи с этим возникают трудности при оценке психического состояния подэкспертных на период времени, относящийся к интересующему следствие периоду. Поэтому, эти испытуемые нуждаются в повторном освидетельствовании, после лечения, направленного на снятие симптомов психогенного характера. Это позволяет экспертам, впоследствии, оценить истинные психические нарушения и решить экспертные вопросы.

Таким образом, выявлены проблемы, требующие решения: 1. Дальнейшая разработка подходов к диагностике юридически релевантных психических расстройств у подэкспертных пожилого и старческого возраста. 2. Разработка методических рекомендаций по оценке прогноза опасности для окружающих, и, связанных с этой оценкой, рекомендаций применения мер медицинского характера в отношении лиц пожилого и старческого возраста. 3. Разработка рекомендаций по созданию максимально щадящего порядка проведения следственных действий, в том числе при проведении судебно-психиатрических экспертиз, в отношении лиц пожилого и старческого возраста.

ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Базарбаева Л.Е.
Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения Казахстана, Алматы

В последние годы в казахстанской психиатрии отмечается рост интереса к проблемам больных, страдающих шизофренией. Нарастающее социальное перенапряжение в разные периоды в Республике Казахстан является одним из факторов, приводящих к совершению больными общественно опасных действий.

Цель исследования: изучить клинико-социальные, клинико-психопатологические, судебно-психиатрические аспекты у лиц, страдающих шизофренией, совершивших общественно опасные действия (ООД) с учетом особенностей переходных периодов в новых общественно-экономических условиях Республики Казахстан.

Материалы и методы: материалом исследования были клинические данные 510 больных шизофренией, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в РНПЦ ППН МЗ РК г.Алматы в период 1998-2007гг.

Методы исследования: клинико-социальный, клинико-психопатологический, судебно-психиатрический.

Результаты: по социо-демографическим характеристикам больные шизофренией, совершившие ООД, отличались преобладанием мужчин (91,8%), юношеского, молодого, зрелого, трудоспособного возраста, являющихся в большинстве городскими жителями (56,7%) и в меньшей степени сельскими (43,3%), с достаточно высоким образованием (72,8%), не работающих, одиноких (77%), не имевших нормальных жилищных условий (70%). Установлены преобладающие формы течения шизофрении по непрерывно-текущему (40,5%) и приступообразно-прогредиентному (22,6%) типу с параноидной симптоматикой до 80%, с содержанием переживаний направленных на конкретных лиц из ближайшего окружения. Наиболее опасные правонарушения против личности совершались больными с приступообразно-прогредиентной шизофренией с преморбидно сложившейся «отрицательной конституцией» и формированием психопатоподобных расстройств на всех этапах болезненного процесса. При шизоаффективной шизофрении (5,1%) и при вялотекущей шизофрении (5%) с психопатоподобным поведением чаще отмечались хулиганские и корыстные правонарушения. Новые общественно-экономические условия Республики Казахстан в период социально-экономического спада (1998-2001гг.) выявили низкий уровень социального функционирования и качества жизни больных шизофренией, совершивших ООД, и оказали существенное влияние на их судебно-психиатрический аспект. Установлено, что в этом периоде молодые лица до 30 лет (52,3%) совершали значительное число агрессивных действий (47,4%) и имущественные преступления (22,5%), а также редкие казуистические правонарушения (5,2%); правонарушения в 2,5 раза чаще были связаны с вынужденной сменой мест жительства, неблагоприятными условиями жизни, финансовыми проблемами (65,4% против 71,2%). Удельный вес лиц, признанных невменяемыми, был самым значительным (33,9%), а введенная статья 17 УК РК была применена лишь к концу 2001 года (1%). В последующие (2002-2004 и 2005-2007гг.) периоды при общем улучшении социально-экономических условий в Казахстане происходит неуклонное улучшение качественных показателей уровня жизни психически больных шизофренией по всем вышеперечисленным параметрам и снижение их криминальной активности.

Заключение: мероприятия по профилактике ООД у больных шизофренией в зависимости от социальных, клинических факторов и вариантов механизма правонарушения с выбором комплекса реабилитационных программ проводится с целью улучшения психиатрической помощи населению с системным проведением на всех этапах курации больных, лечебно-реабилитационных мероприятий.

СУДЕБНО ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Баранов А.В., Казакова Е. Ю.
ОГУЗ «Тамбовская психиатрическая больница», Тамбов

Актуальность: Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным делам о преступлениях военнослужащих хотя и составляет небольшое количество в общем объеме экспертной работы, однако имеет ряд особенностей, которые связаны со значительной специфичностью воздействия факторов несения военной службы, что определяет актуальность их изучения.

Цели и задачи исследования: изучение структуры противоправного поведения военнослужащих и способствующих факторов, на основании анализа судебно-психиатрического материала.

Материал и методы исследования: по специально разработанной карте проведено невыборочное исследование военнослужащих проходивших судебно-психиатрическую экспертизу по уголовным делам в Тамбовской области за десятилетний период с анализом личностно-психологических, ситуационных и клинико-психопатологических факторов.

Результаты исследования показали, что подавляющую долю подэкспертных составили рядовые срочной службы (71%) и офицеры, поступившие на службу по контракту (13,3%). Воинские преступления (ст 331-352 УК РФ) отмечались в 82,2%. При этом в 69% фигурировало оставление военной части и дезертирство (ст 337 ч.1 - 8,9%, ст. 337 ч.4 – 55,6%, ст. 338 – 4,4%), половина из которых - совершенные неоднократно. Нарушение уставных правил взаимоотношений встречалось достаточно редко (8,9%), и только один случай уклонения от исполнения обязанностей военной службы путем симуляции болезни. Преступления, не относящиеся к категории воинских составили только 18%, в основном совершены они были военнослужащими по контракту, на второй и более годы службы (8,9% были обусловлены службой и практически столько же бытовые не имеющие прямого отношения к службе). Анализ клинико-социально-психологических параметров допризывного периода и криминальной активностью во время службы достоверной взаимосвязи между ними не установил. Большая часть военослужащих характеризовалась удовлетворительной адаптацией до поступления в вооруженные силы, воспитывались в полных семьях, получили достаточный уровень образования, не имели криминального опыта (75,5%). Исследованием доказано, что совершение военных правонарушений достоверно не было связанно с психопатологическими механизмами, ни с дефектом военно-врачебных комиссий, которыми все они были признаны годными к службе, ни с возможностью возникновения заболевания в период службы, поскольку у 88% подэспертных признаков психических расстройств выявлено не было (из них только 20 % обнаруживало дисгармонию черт личности, но не выходящую за рамки акцентуации). Это позволяет сделать вывод о преимущественном влиянии на формирование вектора криминальной активности военнослужащих факторов обусловленных военной службой. Больше половины из них испытывало трудности в адаптации к военной службе и имело нарушения дисциплины с первого года, хотя в конфликтных отношениях участвовало не более трети (28,9%), в основном нарушения касались недобросовестного отношения к своим обязанностям и требованиям командования. В качестве основных мотивов оставления службы доминировало три: невыносимость нахождения в части вследствие конфликтов или неуставных взаимоотношений (26,7%), нежелание служить (17,8%) и неприятности дома (13,3%). Негативное отношение к службе на момент экспертизы носило достаточно устойчивый характер (более 50%), хотя те же самые подэкспертные при поступлении на службу в 62% испытывали желание служить.

Заключение: исследованием доказано, что среди комплекса факторов наиболее значимыми явились ситуационные (обусловленные спецификой военной службы). При этом клинико-психопатологический фактор не имеет существенного значения. Полученные результаты показывают, что при построении программ профилактики преступлений военнослужащих необходимо в большей мере учитывать микросоциальные и индивидуально-психологические факторы.

АКТИВНОЕ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ООД У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Белоус И.В., Березанцев А.Ю.
ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва

С целью определения основных направлений лечебно-реабилитационных мероприятий и с учетом задач профилактики общественно опасного поведения (ООП) были обследованы 160 пациентов, страдающих шизофренией (115 мужчин и 45 женщин). Из них 110 пациентов состояли на активном диспансерном наблюдении (АДН), все они ранее привлекались к уголовной ответственности, в отношении их применялись те или иные меры медицинского характера, после отмены которых был установлен данный вид наблюдения. Группу сравнения составили 50 пациентов (25 мужчин и 25 женщин), страдающих шизофренией и состоящих на динамическом диспансерном наблюдении.

Для исследования использовалась «Карта клинико-социального обследования больных шизофренией», содержащая более 100 параметров, методики для определения уровня личностной агрессии, опросник оценки качества жизни ВОЗ (краткий вариант) WHOQOL_bref. Были установлены 4 варианта соотношения субъективной оценки качества жизни (КЖ): адекватно-позитивный; неадекватно-позитивный; адекватно-негативный; неадекватно-негативный. Определены следующие варианты социальной адаптации: стабильно-позитивный, стабильно-негативный, негативно-динамический (с нарастающей социальной дезадаптацией и явлениями социального дрейфа). Для уточнения ряда психопатологических характеристик использовалась шкала для оценки негативных и позитивных симптомов шизофрении (PANSS) с дополнительными вопросами об агрессивном риске.

Последовательный сравнительный анализ клинико-социальных характеристик пациентов, состоящих на АДН (110 чел.) и диспансерном наблюдении (50 чел.); пациентов на АДН с агрессивными и не агрессивными формами ООП (79 и 31 чел.), с учетом фактора пола (90 и 20 чел.); а также сравнительный анализ пациентов с различными вариантами социальной адаптации во всей выборке (при клинико-катамнестическом исследовании стабильно-позитивный вариант наблюдался у 20,6%, больных, стабильно-негативный – у 41,3% больных, негативно-динамический – у 38,1%) показал достоверно значимые различия между указанными группами по многим параметрам (клиническим, демографическим, показателям социального функционирования и качества жизни) значимым для задач психосоциальной реабилитации. У больных состоящих на АДН достоверно чаще отмечались выраженная параноидная и психопатоподобная симптоматика с непрерывным типом течения процесса и склонность к агрессивным формам общественно опасного поведения, с частыми недобровольными госпитализациями, злоупотреблению психоактивными веществами (ПАВ). В группе АДН непрерывное течение заболевания, склонность к ООП, психопатоподобные и агрессивные проявления, низкий комплаенс, злоупотребление ПАВ, неадекватно-позитивная оценка качества жизни оказались связанными с такими параметрами, как мужской пол, негативно-динамический и стабильно-негативный варианты социальной адаптации. Наоборот, положительные параметры социальной адаптации, высокий уровень комплаенса, адекватные варианты оценки КЖ отмечались у лиц женского пола, больных с приступообразным течением заболевания и преобладанием неврозоподобной симптоматики. Таким образом, образом, задачи психосоциальной реабилитации больных шизофренией, находящихся на АДН, с учетом задач судебно-психиатрической профилактики, требуют учета всего комплекса клинико-социальных факторов и являются многоуровневой проблемой, включающей помимо собственно медикаментозной терапии выработку и поддержание мотивации больных, направленной на лечение, социальную поддержку, трудовую и семейную терапию, тренинг коммуникативных навыков.

ГЕНДЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ БОЛЬНИЧНОГО РЕЖИМА ПАЦИЕНТАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Березанцев А.Ю., Кузнецов Д.А.
ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, Москва

Для выделения гендер-специфических факторов риска нарушения режима в стационаре, осуществляющем принудительное лечение (ПЛ) были обследованы пациенты двух мужских (47 человек) и двух женских отделений (54 человека) в условиях психиатрического стационара специализированного и общего типов. В выборку были включены лица с диагнозом шизофрения (F-20) или органическое психическое расстройство (F-02/06). Среди лиц мужского пола диагноз шизофрения был установлен 30 больным (64%), органическое психическое расстройство – 17 больным (36%). У 34 пациентов (72%) общественно опасные действия были направлены против жизни и здоровья человека, остальные 13 (28%) совершили имущественные правонарушения. В исследуемой группе женщин у 34 пациенток (63%) диагностирована шизофрения и у 20 (37%) – органическое расстройство личности. Из них 31 пациентка (57%) совершила агрессивные ООД против личности и 23 (43%) – менее тяжкие корыстные, а также связанные с наркотиками правонарушения. Использовались клинико-психопатологический, клинико-социальный и математико-статистический методы. Была карта, включающая себя анамнестические, клинические, криминологические, социально-демографические и психопатологические характеристики. Результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием программы статистического пакета STATISTIKA /v. 6.0 и Microsoft Excel XP.

Удалось выделить как универсальные так и гендер-специфические клинико-социальные предикторы нарушений режима в психиатрическом стационаре. Универсальными оказались следующие переменные: конфликтные и враждебные условия воспитания в семье, часто с моральным и физическим насилием со стороны родителей, а также агрессия больного к отцу и отца к ребёнку в анамнезе; сексуальное и физическое насилие в детстве; воспитание до 16 лет в неполной семье; конфликты во время школьного обучения с учителями по поводу успеваемости и поведения; унижение со стороны сверстников и конфликты с ними; плохая успеваемость в школе, отсутствие полного среднего; в анамнезе – суицидальные попытки, по механизму самонаказания у женщин, у мужчин – по мотиву избегания страдания и шантажно-демонстративное поведение; нарушение режима в течение всего срока стационарного принудительного лечения; резистентность к лечению и психокоррекционным мероприятиям; негативное отношение к проводимой терапии, а также к факту нахождения на стационарном принудительном лечении; наличие симптомов когнитивной недостаточности.

Для мужчин исследованной группы специфическим индикатором риска нарушения режима в отделении было возбудимое и эмоционально-неустойчивое расстройство личности в преморбидный период. Преморбидные нарушения поведения у больных шизофренией чаще отмечают у мужчин (Foerster A. et al., 1991) что, связано с социальной ролью, характерной для женщин, требующей от них меньшей ориентации на успешность в карьере, что позволяет женщинам, даже остановившейся в профессиональном развитии, долго избегать встречи с психиатрическими службами. У обследованных лиц женского пола проявлявших физическую агрессию в стационаре было выявлено большее количество специфических маркёров. Это: длительное злоупотребление алкоголем; отсутствие брака в течение жизни; ранний возраст совершения первого ООД; систематический характер сексуального насилия в анамнезе; отсутствие контакта с родственниками; раннее начало менструального цикла.

Таким образом, были выявлены общие и специфические для психически больных женщин и мужчин клинико-социальные факторы риска нарушения режима в стационаре, осуществляющем принудительное лечение. Полученные данные свидетельствуют, что на нарушения режима пациентами в отделении в большей степени влияют особенности психосоциального статуса, микро- и макросоциальные условия формирования личности, а продуктивная психопатологическая симптоматика не имеет определяющего значения.

О РАЗНООБРАЗИИ ПРИЧИН СОВЕРШЕНИЯ АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ И ПРЕДМЕТОВ ДЛЯ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

Вальздорф Е.В.
ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск
Областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Цель исследования: изучить и оценить причины совершения аутоагрессивных действий испытуемыми, прошедшими в 1991 году амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу, а также дать краткую характеристику предметам для реализации аутоагрессивных актов суицидентами.

Материалы и методы: статистическим методом и методом сравнительного анализа проведен ряд исследований в отношении анамнестических данных 30 архивных актов амбулаторной судебно-психиатрических экспертизы, охватывающих период с января по март 1991 года включительно.

Результаты: в ходе проведенной работы с архивными актами было выявлено 30 лиц мужского пола в возрасте от 15 до 51 года (преобладал возраст от 20 до 41 года). Из причин для совершения аутоагрессивных действий испытуемыми, которые в 1991 году прошли амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу, в связи с совершением уголовно-наказуемого деяния и составленного постановления о проведении судебно-психиатрической экспертизы от органов прокуратуры, дознания, следствия и суда были выделены следующие: конфликты с окружающими людьми в обыденной жизни отмечены у 12 испытуемых, конфликтные ситуации с родителями и другими близкими родственниками (сестрой, братом, женой) – у 5, конфликты с окружением в местах лишения свободы – 4 испытуемых, конфликтные ситуации в условиях военной службы (аутоагрессивный акт совершался, в том числе, и для того, чтобы военнослужащий оказался ближе к месту проживания родителей) – у 3, воздействие императивных галлюцинаций приказывающего содержания – 2 испытуемых, наличие сложившейся следственной ситуации – у 1, конфликт с любимым человеком (женщиной) – 1 испытуемого, реакция протеста (отказ следователем в свидании испытуемого с родственниками) – у 1, наличие сильных головных болей разлитого характера в совокупности с повышенным артериальным давлением (суицидальный акт совершался с целью облегчения самочувствия) – 1 испытуемого. Также, согласно данным архивных актов судебно-психиатрической экспертизы, у 18 испытуемых из 30 предметом для совершения аутоагрессивных действий служил острый колюще-режущий предмет (лезвие бритвы, кухонный, либо перочинный нож, стекло, осколок зеркала, проволока, заточенная монетка, портсигар и другие), 4 испытуемых – бельевая веревка, либо ремень, у 3 – таблетированная форма лекарственного средства (антибактериальные препараты, препараты, имеющие прямое воздействие на центральную нервную систему), 1 испытуемого – жидкая форма лекарственного средства, в том числе для внутривенного введения, у 1 – воздействие низких температур (длительное намеренное пребывание на морозе в зимнее время года).

Заключение: таким образом, было установлено, что наиболее частыми причинами для совершения аутоагрессивных действий испытуемыми в 1991 году явились конфликтные ситуации в обществе среди лиц, находящихся на воле, в условиях тюремного заключения и местах прохождения военной службы. В большей степени использовались в качестве предметов для совершения аутоагрессивных актов такие как: острый колюще-режущий предмет (чаще лезвие бритвы и кухонный нож), бельевая веревка и таблетированная форма лекарственного средства (антибиотики, феназепам, циклодол и другие).

К ВОПРОСУ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, СОЧЕТАННОГО С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Вандыш В.В., Тарасова Г.В.
ФГУ «ГНЦССП Росздрава», Москва

Цель работы оптимизация экспертной оценки органических психических расстройств (ОПР) у лиц с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим, соматоневрологическим, психометрическим, статистическим методами были обследованы 121 обвиняемый, мужского пола, в возрасте от 20 до 84 лет (55±13,52 лет).

Результаты исследования. Социодемографические показатели свидетельствуют о наличии у обследованных существенных проблем социального функционирования, что типично для лиц страдающих ОПР. Анализ анамнестических сведений в общей выборке обследованных показал недостаточную эффективность выявления как психической, так и соматической патологии, низкое качество оказываемой им медицинской помощи, что объясняется не только проблемами диагностики ОПР, но и спецификой контингента обследованных с типичным игнорированием, имеющихся болезненных расстройств, низким уровнем качества жизни. По результатам судебно-психиатрической диагностики - это абсолютное преобладание дефицитарных, в т.ч. личностных расстройств (47,1 %); высокой верифицируемости сосудистого генеза деменции (51,2%). У всех обследованных имела место хроническая сердечно-сосудистая патология. Основные диагностические категории предполагали учет локализации патологического процесса (гипертоническая болезнь (**I**10-**I**15) 42 набл.-34,7%; атеросклероз сосудов головного мозга и сердца (**I**70-**I**79)15 набл.-12,4%; цереброваскулярная патология (**I**70-**I**79 **I**10-**I**15) 25 набл.- 20,7%; ИБС (**I**20-**I**25) 2 набл.-1,7%; сочетание - 37 набл., 30,5 %); острых нарушений кровообращения (инсульты 15 набл.-12,3 %; инфаркты 3 набл.-2,5%); сочетанности с соматическими заболеваниями иных функциональных систем (ЖКТ, бронхо-легочной и др.) – 43 набл., 35,5%. 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 (НО) 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; 2) изменение *как психического, так и соматического* состояния – 55 набл. (45,4%), с отчетливым субординированным (зависимым) характером (СО) 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).

Заключение. С учетом данных анамнеза, возможно сформулировать следующие диагностические положения относительно актуальности соматической патологии у обследованных: 1) «недовыявляемость» соматической патологии у обследованных в повседневной жизни (не выявлено до экспертизы 45,5 % случаев- 55 набл.); 2) «недооценка» этиопатогенетической роли сосудистой патологии; 3) малое число зарегистрированных инсультных и инфарктных форм в частности из-за недостаточной выявляемости преходящих и легких форм сосудистых нарушений; 4) характер психосоматических соотношений имеет диагностическое значение для квалификации клинико-динамических закономерностей оцениваемого состояния, что может быть использовано в качестве опосредованного критерия экспертной оценки (НО-может свидетельствовать об экспертно-диагностической нейтральности, СО – о включении более патологических механизмов становления расстройств).

О ВОЗРАСТНЫХ АСПЕКТАХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Винникова И.Н., Лазько Н.В., Дмитриев А.С., Оспанова А.В.
ГНЦССП им.В.П.Сербского, Москва

Проблеме профилактики общественно опасных действий (ООД) психически больных посвящены многочисленные исследования, как отечественных, так и зарубежных психиатров. Особое внимание при этом уделяется вопросам принудительного лечения, к настоящему времени детально разработаны реабилитационно-терапевтические программы в отношении больных с тяжелыми психическими расстройствами, которые основаны на нозологическом принципе, учитывают форму и тип течения заболевания, синдромальный уровень поражения. Однако до последнего времени исследование возрастных аспектов принудительного лечения находилось вне поля зрения психиатров. Как показывает практический опыт, диапазон возраста таких больных весьма широк и колеблется от 18-19 до 70-75 лет. Применение психофармакотерапевтических методик и других составляющих принудительного лечения вряд ли может быть сходным для больных, например, 20 и 70 лет. То же касается и частоты проведения параклинических, лабораторных и инструментальных исследований, консультаций специалистов. Вышеперечисленное в совокупности определяет экономические затраты на проведение принудительного лечения каждого конкретного больного, что в современных условиях требует четкого планирования. В связи с этим изучение возрастных особенностей контингента лиц, находящихся на принудительном лечении, представляется весьма актуальным.

Можно полагать, что для лиц молодого и зрелого возраста более эффективны психотропные средства, направленные наряду с купированием психопродуктивных расстройств на коррекцию негативной симптоматики. Психотерапевтические и психокоррекционные программы должны быть нацелены, в первую очередь, на восстановление трудоспособности, решение социальных вопросов и в целом на ресоциализацию таких больных и их адаптацию в обществе.

Особого внимания в период принудительного лечения требуют пациенты пожилого возраста. У данного контингента лиц следует учитывать значительную соматическую отягощенность (сосудистая и атрофическая патология, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, инволюционное снижение гормональной активности и прочее), как правило, последствия интоксикации алкогольными напитками и другими психоактивными веществами, значительно более выраженный уровень социальной дезадаптации и во многом их инвалидизацию. Поэтому при проведении принудительного лечения в отношении таких больных требуется особый подход в выборе психофармакотерапевтических средств с «мягким» действием и минимальными осложнениями, консультации врачей интернистов в динамике, психотерапевтическая и психокоррекционная работа, направленная преимущественно на восстановление семейной адаптации, утраченных социальных связей и обеспечение социального функционирования на индивидуальном уровне.

ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА ТАМБОВСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

А.К.Гажа, О.В.Тулупова, О.С. Ерошина, А.Е. Филатов
ОГУЗ «Тамбовская психиатрическая больница», Тамбов

В январе 2010 на медицинском совете больницы было принято решение разработать отдельную программу по психосоциальной реабилитации (с учетом механизма совершения ООД) для пациентов, находящихся на принудительном лечении. На базе психиатрического стационара для принудительного лечения специализированного типа «Тамбовской психиатрической больницы» было проведено исследование, цель которого является изменения или прекращения принудительного лечения и улучшение и стабилизация психического состояния пациента и снижением его социальной опасности за 2010 год. Основные задачи были направлены на выработку и овладения навыками эффективного для индивида психической деятельности, способствующей его адаптации в обществе. В исследовании приняли участие 69 человек вновь прибывших, у них 80 % имеют высокий уровень агрессивности и внутренний и внешний, уровень эмоционального напряжения, в 95 % случаев оно имело высокие показатели. Кроме того, было выявлено 100 % занижение самооценки и недостаточный уровень коммуникативных навыков. Механизм совершения ООД показал, что из 69 пациентов 41 человек имеют негативно-личностный механизм и лишь 28 человек имеют продуктивно-психотический механизм. Процесс перевода с этапа на этап осуществляется на биопсихосоциальной комиссии. На 2 этапе интенсивных мероприятий, после достижения медикаментозной ремиссии проводятся занятия с тем же количеством больных в форме групповых занятий с учетом механизма ООД, занятия проводятся виде психокоррекционных мероприятий, которые строятся на основе переконструирования личностных черт и мотивации пациента. Так как у больных, совершивших ООД, имеет место выраженные социальные дисфункции (65%), стойкие асоциальные установки (95%), адаптация в среде на криминальном уровне (94%), внутреличностные конфликты (56%), а так же агрессивные тенденции (70%) и низкая способность адекватного анализа конфликтного поведения (85%). Далее из 69 человек на 3 этап (стабилизации) были переведены 55 больных, которые усвоили программные задачи 2 этапа. На данном этапе осуществлялась профилактика госпитализма, Занятия проводились в более развернутой форме с акцентом на самостоятельность. Далее начиналась подготовка к завершению всех образовательных программ, с повторным контролем личностного состояния больного. В ходе данной проверки было определено, что у этих больных в 65% случаев уровень общей агрессивности имел средние и низкие показатели, в 87,2% снизилась эмоциональная напряженность и тревожность, на 60% повысилась самооценка, они стали более общительными с удовольствием вступали в беседу. Из 55 пациентов усвоили программу 3 этапа и были переведены на 4 этап (заключительный) 20 больных. На нем осуществлялась обработка полученных установок стереотипов поведения, проигрывания ситуаций с антисоциальной средой. С ними проводился контроль качества, у них снизились социальные дисфункции на 44%, снизились ассоциативные установки на 10,9%, уменьшилась адаптация на криминальном уровне на 13%, снизился внутриличностный конфликт на 64%, понизились агрессивные тенденции на 33% и значительно повысился анализ конфликтного поведения на 50%. Существенно повысились критические и прогностические способности к своему состоянию, все выписанные имеют определенный статус и наблюдаются стойкая и длительная ремиссия. Таким образом, эффективность программы по отдалённому катамнезу в настоящее время оценить не представляется возможным, но когда была введена новая программа, можно говорить о том, что пациент, в период пребывания на принудительном лечении более дисциплинировано соблюдает внутрибольничный режим, у него более стойко формируется установка на прием поддерживающего лечения и ведение здорового образа жизни.

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Гершенович Г.М., Петров А.С.
КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1», Красноярск

В УК РФ 1997 года была введена норма об ответственности лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости, которая сразу же вызвала большое количество споров. Фактически проблема ограниченной вменяемости открыла новую главу отечественной судебной психиатрии, что потребовало решения целого ряда вопросов, и в первую очередь согласование позиций и взглядов на проблему ограниченной вменяемости психиатров-экспертов. Можно было предположить, что после введения нового УК РФ группа невменяемых должна была бы сузиться до лиц, психическое расстройство которых соответствует психотическому уровню, то есть с грубой дезинтеграцией психики с неадекватностью психических реакций, наличием в клинической картине галлюцинаций, бреда, расстройств сознания, исчезновением критики. А по мере накопления теоретического обоснования и практического опыта должна была сформироваться значительная группа ограничено вменяемых, включающая лиц с пограничными расстройствами, характеризующихся адекватностью психических реакций реальности по содержанию, но неадекватных по силе и частоте, сохранением критичности, ограничением способности регулировать свое поведение. Группа ограниченно вменяемых должна была расти и сучетом увеличенияболее чем на 40 процентов количества экспертиз за последние 10 лет в Красноярском крае. Так как статистика и клиническая практика говорят о том, что среди психических расстройств в популяции преобладают пограничные психические расстройства, группа ограниченно вменяемых должна была бы превзойти группу невменяемых. Однако в реальной практике судебно-психиатрической экспертизы в Красноярском крае количество невменяемых осталось в пяти из шести амбулаторных отделений судебно-психиатрической экспертизы на уровне 8-10% от общего числа экспертиз, что совпадает с результатами экспертизы до введения нового УК РФ. Ограниченно вменяемых в разных экспертных отделениях определяют в пределах от 1 до 10 %, при этом соотношение невменяемые-ограниченно вменяемые колеблется от 10:1 до 1:3, коррелируя в последнем случае со снижением невменяемых до 2%. Отмечающийся значительный разброс в экспертных оценках свидетельствует, что до настоящего времени сохранятся актуальность проблемы рассогласованности позиций экспертов в вопросе определения ограниченной вменяемости. Причиной сложившейся ситуации, по нашему мнению, является не столько некоторая концептуальная непроработанность самого института ограниченной вменяемости, сколько консерватизмом экспертных позиций врачей, у которых формирование экспертного мышления происходило на основе дихотомии вменяем-невменяем, что усугубляется отсутствием притока молодых специалистов в судебно-психиатрическую экспертизу. Острота вопроса применения ограниченной вменяемости имеет не только научно-методическое, но и медико-экономическое значение, так как экспертная практика влияет на нагрузку психиатрических стационаров, особенно общего типа. С учетом развития психиатрической службы пенитенциарной системы совершенствование экспертной практики в определении ограниченной вменяемости позволило было части больных в менее стигматизирующих условиях получить необходимую помощь. Как нам представляется, решение обозначенной задачи в частности, и повышение качества судебно-психиатрической экспертизы в целом, возможно за счет регулярного кураторства со стороны ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского и организации в регионе работы главного внештатного специалиста по судебно-психиатрической экспертизе.

К ПРОБЛЕМЕ ЗАЩИТЫ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Голланд В.Б., Макушкина О.А., Яхимович Л.А.
ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского», Москва

Охрана прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, является одной из важнейших задач в области оказания психиатрической помощи населению. В особой правовой защите нуждаются психически больные, совершившие общественно опасные действия (ООД), признанные невменяемыми и находящиеся на принудительном лечении (ПЛ) в стационаре. Это связано с определёнными правоограничениями, обусловленными принудительным характером данной медицинской меры. С одной стороны, к ним применяется особый режим содержания и, в ряде случаев, меры принуждения. С другой стороны, в отличие от обычных психиатрических стационаров, эти больные госпитализируются и могут быть выписаны только по решению суда.

В условиях строгой и иногда длительной изоляции может возникнуть угроза правовой защищённости пациентов, ущемление их интересов и гражданских прав. Поэтому в системе проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий важным звеном является оказание необходимой правовой помощи и защиты. Как известно, в соответствии со статьёй 13 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», лица, помещённые в психиатрический стационар на ПЛ, пользуются правами, предусмотренными статьёй 37 настоящего Закона («Права пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре»).

Во время проведения ПЛ в стационаре у больных зачастую возникает ряд социально-бытовых проблем, в том числе необходимость разрешения имущественных вопросов, урегулирования бытовых, семейных отношений и т.д. Кроме того, обеспечение эффективной профилактики ООД психически больных предполагает использование так называемой формулы общественной опасности (В.П. Котов, М.М.Мальцева, 1995, 2004), включающей клинические и социальные сведения: ведущий синдром, тип течения болезни, психопатологический механизм, характер и кратность ООД, личностные и ситуационные факторы, способствующие и препятствующие совершению ООД, проведенные лечебно-реабилитационные мероприятия, рекомендуемые меры по предотвращению ООД. В этой связи, при защите гражданских прав пациентов, находящихся на ПЛ, важное значение приобретает сотрудничество стационарного и амбулаторного подразделений психиатрической службы с обменом соответствующей информацией. Прежде всего, сведения о больном, которому судом назначено ПЛ в стационаре, должны быть своевременно переданы в психоневрологический диспансер по месту жительства пациента для включения его в группу активного диспансерного наблюдения (АДН).

Однако, как показал анализ отчётных данных за 2010 г. («Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении» - отчётная форма № 36-ПЛ), зачастую диспансерные подразделения психиатрической службы не имеют информации о целом ряде больных, которые длительное время находятся на ПЛ в стационарных условиях, в связи с чем они остаются вне поля зрения участкового психиатра. Так, на 01.01.2011 г. в целом по стране в диспансерах отсутствовали сведения почти о 12 тысячах пациентах, или 58,3 % от числа всех находившихся на ПЛ в психиатрических стационарах. Это не может не сказаться на эффективности мероприятий по профилактике ООД.

В целом для оказания действенной социальной и правовой помощи больным, находящимся на ПЛ в стационаре, необходимо, прежде всего, установление надлежащей преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями психиатрической службы. Это будет способствовать не только повышению качества лечебно-реабилитационного процесса, но и послужит мерой профилактики повторных ООД психически больных.

КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКМИЕ АСПЕКТЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Дмитриев А.С., Винникова И.Н., Лазько Н.В., Оспанова А.В.
ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, Москва

Цель: повышение эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с умственной отсталостью на этапах принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа.

Обследовано 43 больных с умственной отсталостью в возрасте от 19 до 48 лет (средний возраст 23,7±3,1 лет), совершивших ООД и находившихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа – МКПБ №1 им. Н.А.Алексеева (2006-2011 гг.). Клинические проявления у 18 пациентов (I группа) определялись преимущественно признаками интеллектуально-мнестического снижения (умственная отсталость умеренная без нарушений поведения F71.0, по МКБ-10), у 25 больных (II группа) – проявления интеллектуальной недостаточности различной степени выраженности сочетались с эмоционально-волевыми расстройствами (умственная отсталость легкой (F70.1) и умеренной (F71.1) степени со значительными нарушениями поведения). ООД у больных I группы в 72,2% случаев носили имущественный характер, в 27,8% – были представлены хулиганскими действиями. Во II группе противоправные деяния у 44% пациентов были направлены против личности (вред здоровью, побои, угроза убийством), у 56% – отмечались имущественные ООД. 81,4% пациентов обеих групп совершали криминальные действия в состоянии алкогольного опьянения.

Лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении обследованных пациентов осуществлялись последовательно, с реализацией задач каждого из этапов принудительного лечения (адаптационно-диагностического, интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий, стабилизации психического состояния и заключительного). Психофармакотерапия была направлена на коррекцию поведенческих расстройств (нейролептики с седативным эффектом), для компенсации интеллектуально-мнестических нарушений применялись препараты метаболического действия. По мере редукции психопатоподобных нарушений, присоединяли реабилитационные мероприятия (трудотерапия, тренинги, направленные на улучшение социального функционирования). Вопросы о рекомендации прекращения принудительных мер медицинского характера или их изменения на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение решались по результатам комплексного динамического психолого-психиатричес-кого исследования. Такой подход позволял объективно судить об изменениях психического состояния пациентов, устойчивости достигнутого улучшения, устранении или компенсации наиболее существенных звеньев индивидуального психопатологического механизма общественно опасного поведения, степени восстановления адаптивных способностей. Комплексная оценка эффективности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий включала изучение динамики показателя «тяжесть состояния» по шкале CGI, который при поступлении на принудительное лечение у больных I группы составлял 3,6±2,2 балла, к моменту завершения лечебно-реабилитационных мероприятий – 2,2±1,3, II группы – 4,3±2,1, 3,1±1,4 баллами соответственно. Анализ степени общественной опасности показал, что к моменту отмены или изменения стационарного принудительного лечения индекс общественной опасности снижался от 2,4±0,94 до 0,7±0,34 у больных I группы и от 2,8±1,12 до 0,9±0,51 – II группы. Данные катамнестического наблюдения, составившего в среднем 3,2±0,7 года, показали, что повторные ООД совершили 16,7% больных I группы и 21,4% – II группы.

Таким образом, эффективность принудительных мер медицинского характера, осуществляемых в отношении пациентов с умственной отсталостью, определяется поэтапной реализацией задач лечебно-реабилитационных мероприятий, дифференцированным (в зависимости от клинических проявлений заболевания) подходом, комплексной динамической психолого-психиатрической оценкой динамики состояния больных на всех этапах принудительного лечения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Дьякова Н.В., Пищикова Л.Е., Мамонова И.П., Лазько Н.В., Кулагина Н.Е.
ФГУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского», Москва

По данным различных исследований, распространенность деменции среди пожилых лиц (старше 65 лет) колеблется от 5 до 12%. С увеличением возраста на каждые 5 лет распространенность деменции удваивается, составляя в возрасте 65-69 лет около10%, а в возрасте 90 лет и старше – более 30%.

Известно, что для установления диагноза деменции необходимо оценить то, как когнитивный дефект влияет на повседневную жизнь больного. В связи с чем, в ходе психолого-психиатрического исследования необходимо обнаружить основные признаки деменции, а для этого определить множественность когнитивного дефекта (а не недостаточность одной из когнитивных функций); установить снижение когнитивных способностей по сравнению с существовавшим до заболевания; выявить то, на сколько когнитивные расстройства нарушают повседневную жизнедеятельность человека, а не только отражаются при выполнении нейропсихологических тестов; исследовать причины когнитивных нарушений, среди которых основное значение имеет органическое (структурное или метаболическое) поражение головного мозга.

Ядром клинической картины деменции являются когнитивные нарушения. Для деменции, как указывалось, характерно одновременное расстройство нескольких когнитивных функций, таких, как память, внимание, речь, праксис, гнозис, мышление, а также более тонких исполнительных функций - например, способности планировать, принимать решения, контролировать свои действия. Результаты нейропсихологических и геронтологических исследований позволяют не только определять степень измененности психических функций подэкспертных, но и выявлять у них сохранные, компенсаторные возможности психики. Необходимо подчеркнуть, что диагноз деменция, не является синонимом недееспособности. Констатация недееспособности требует функционального анализа сохранившихся навыков и возможностей пожилого человека, позволяющих ему выполнять специфические действия в специфических обстоятельствах. В связи с чем, в гражданском процессе при экспертном установлении дее- недееспособности, а также сделкоспособности лиц пожилого и старческого возраста с психической патологией, особую значимость приобретает выявление их компенсаторных возможностей.

Кроме того, роль психолога-геронтолога в экспертной практике обусловлена также увеличением числа инволюционных параноидных психозов, при которых выявление и оценка бредовых расстройств на ранних этапах весьма сложна и неоднозначна. Это связано с трудностью выявления параноидной симптоматики у лиц пожилого возраста, имеющей часто обыденную фабулу (бред «малого размаха») и в последние годы отражающей имущественные конфликты. Характерным являются отсутствие выраженного интеллектуально-мнестического снижения и диссимуляция психопатологической продукции. Трудности вызывает и необходимость дифференциации между сверхценным, паранойяльным и параноидным уровнем расстройств. Поэтому одной из важнейших задач геронтопсихологического исследования выступает выявление идей данной модальности и диагностика их различных уровней.

Используемые геронтопсихологом методики позволяют обнаружить наличие у подэкспертных бредовых переживаний и конфабуляторных включений, которые могут не выявляться в клинической беседе, но проецируются в нейропсихологических тестах. Практика показывает, что в ряде случаев эти проявления вторичные по отношению к основному расстройству (органическое поражение головного мозга с когнитивными нарушениями не достигающими уровня деменции) при экспертной оценке становятся приоритетными.

РОЛЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПРИЯТИЯ И КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ В ФОРМИРОВАНИИ БРЕДОВЫХ ИДЕЙ

Илюшина Е.А., Кузнецов И.В.
ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», Москва

Цель: выявление особенностей восприятия и когнитивных стилей у лиц с бредовыми образованиями.

Материалы и методы: было обследовано 20 подэкспертных, у которых в ходе судебно-психиатрического обследования было выявлено бредовое расстройство различной психопатологической структуры (интерпретативный бред -6 человек, чувственный – 7, образный – 7). Методами исследования были клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (стандартный набор методик с тестом Торренса, Тематическим апперцептивным тестом, тестом пятен Г. Роршаха).

Результаты. У лиц, с выявленными различными видами бреда, несмотря на конформность позиций, взглядов и возможную оценку при обсуждении тем нейтрального для испытуемого содержания, отмечается выраженная поленезависимость в анализе информации, трансформируемой в дальнейшем в психопатологические переживания. Восприятие всех трех групп испытуемых отличалось фрагментарностью, фиксацией на деталях изображений, наличием склонности к смешению фигуры и фона, построению и интерпретации целостного образа исходя лишь из оценки небольшой части изображения. Указанные особенности восприятия в ходе выполнения проективных наглядных методик у испытуемыхс интерпретативным и чувственным бредом сочетались с привнесением субъективных переживаний в виде настороженности, подозрительности, ощущения враждебности со стороны окружающих и чувства тревоги, а также склонностью к фиксации на деталях, что нарушало возможность целостной оценки стимульного материала и, как следствие, способствовало ложному узнаванию изображений. Подэкспертные данных групп отличались ригидностью мышления и восприятия, а также высокой толерантностью к нереалистичному опыту. Вместе с этим у лиц с ***интерпретативным бредом*** нарушалось преимущественно рациональное, логическое познание, отражение внутренних (причинных) связей действительности (отмечалась тенденция к интерпретации, толкованию, сопоставлению фактов, к логической разработке и систематизации). При экспериментально-психологическом исследовании у испытуемых отмечались обедненность восприятия, его суженность с трудностями переключения и субъективной интерпретацией информации с привлечением значимого опыта и дальнейшим формированием идеаторных построений, что сочеталось с повышенным уровнем рефлексии и контроля над продукцией собственной мыслительной деятельности. В основе построения ***чувственных бредовых идей*** лежало нарушение чувственного познания, т.е. непосредственное отражение явлений, предметов и ситуаций, доступных восприятию (искажался их общий смысл, их внешние связи). При возникновении данных бредовых идей оценка окружающего происходила мгновенно, она не имела смысловой, логической связи с восприятием. В ходе работы со стимульным материалом у испытуемых с чувственным бредом выявлялась склонность к чрезмерной и при этом импульсивной фабулизации изображений с созданием развернутого аффективно насыщенного сюжета с множеством нюансов и дополнительных деталей, сменой мест событий и персонажей при отсутствии существенной реальной опоры в предъявленных изображениях. Источником ***образного бреда*** выступала патология воображения, сами по себе возникали образные представления, фантазии, воспоминания, сюжеты. У больных происходило смещение и искажение границ реального и нереального, бредовые идеи отличались сверхстойкостью, носили неосознанный, непроизвольный характер.

Заключение: в зависимости от особенностей сферы восприятия и когнитивных стилей, как контроллеров познания окружающей действительности в выделенных трех группах бредовых состояний обнаруживались различные механизмы построения бредовых идей.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Казаковцев Б.А.
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Традиционная для России государственная система организации психиатрической помощи позволяет обеспечивать в целях профилактики общественно опасных действий больных взаимодействие психиатрических и судебно-психиатрических учреждений. Модернизация деятельности служб психического здоровья происходит за счет внедрения в практику психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

Установлено, что частота повторных в течение года поступлений на стационарное ПЛ статистически достоверно ниже ($p<0,05$) в психиатрических больницах специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН) с высоким уровнем психосоциальной работы, чем в ПБСТИН, в которых эта работа проводится недостаточно активно.

При сопоставлении показателей распространенности случаев ПЛ в психиатрических стационарах общего и специализированного типов и распространенности случаев убийств в регионах 4 из 8 федеральных округов (ФО) в качестве положительной может быть отмечена тенденция к совпадению направленности векторов этих двух показателей в сторону превышения среднего по ФО уровня.

Отрицательная тенденция проявляется в том, что в регионах, особенно неблагополучных по уровню распространенности убийств, числу осужденных по уголовному судопроизводству, числу осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях на данной территории, уровню заболеваемости алкогольными психозами и уровню безработицы, распространенность случаев ПЛ в психиатрических стационарах общего и специализированного типа на протяжении ряда лет оказывается более низкой чем в среднем по стране, что указывает на явно недостаточную организацию предусмотренных УК РФ принудительных мер медицинского характера.

Как перспективное направление в профилактической деятельности следует оценивать активное развитие в стране амбулаторного ПЛ. Вместе с тем обращает на себя внимание особенно высокий темп роста данного показателя в регионах с недостаточным развитием стационарного ПЛ и при этом с высоким уровнем преступности, алкоголизации и безработицы. Это может быть следствием попытки региональных органов управления здравоохранением в какой-то мере компенсировать имеющиеся недостатки в организации стационарного ПЛ.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости активизации усилий федеральных и региональных органов власти по повышению качества оказания психиатрической помощи как в общей системе психиатрических учреждений, так и в учреждениях, предназначенных для осуществления ПЛ. С этой целью существующая система статистического наблюдения может использоваться для разработки критериев оценки адекватности организации ПЛ с применением количественных (для сетевого планирования служб) и качественных (для организации деятельности служб) характеристик.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Клембовская Е.В., Фастовцов Г.А.
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Судебно-психиатрическая оценка промежуточного в клиническом смысле шизотипическоего расстройства в большинстве случаев представляет значительные трудности. Во многом это связано с принадлежностью выявляемых расстройств к личностной сфере, субпсихотическому уровню нарушений и отсутствию четких критериев оценки. Кроме того, часть из них относятся к «странным» (“odd”) расстройствам личности, часть – к малопрогредиентным формам шизофрении. Несмотря на эндогенный характер этой группы заболеваний, критерии судебно-психиатрической оценки шизофрении к ним не всегда применимы.

С целью определения клинико-динамических критериев судебно-психиатрической оценки шизотипических расстройств клинико-психопатологическим методом были обследованы пациенты (67 чел.), страдающие различными формами шизотипиского расстройства (псевдопсихопатическая (32 чел.), псевдоневротическая (13 чел.) шизофрения, шизотипическое личностное расстройство (22 чел.). В результате исследовния было выявлено, что в 22 случаях состояние пациентов можно было расценить как стабильное, в 17 – с призаками активности процесса, в 30 случаях наблюдался этап стабилизации. Стабильное состояние было характерно для пациентов с шизотипическим личностным расстройством. Среди признаков активности процесса преобладали нарастающие психопатические проявления (аутизм, трудности контакта с людьми, грубый эгоизм, парадоксальность эмоций и поведения), которые со временем приобретают характер стойких негативных изменений, а также позитивные симптомы в виде стертых соматизированных невротических депрессий и атипичных хронических гипоманий с преобладанием обсессивных и фобических расстройств. Этап стабилизации характеризовался постепенной редукцией позитивных симптомов и формированием постпроцессуальных состояний. При судебно-психиатрической оценке шизотипического расстройства на различных этапах заболевания уделялось внимание и различным клинико-психологическим аспектам – от способностей к социальной адаптации, особенностей социального функционирования при стабильных состояниях, роли позитивных симптомов, глубины и темпов нарастания психопатоподобных и неврозоподобных симптомов на активном этапе, до выраженности и глубины дефицитарных состояний на этапе стабилизации и стабильном этапе нового постпсихотического уровня. Таким образом, определение этапа шизотипического расстройства может служить одним из критериев судебно-психиатрической оценки этих состояний.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПОДЭКСПЕРТНЫХ

Кулагина Н.Е., Пищикова Л.Е., Мамонова И.П., Лазько Н.В., Дьякова Н.В.
ФГУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского», Москва

Демографические тенденции старения населения находят свое отражение и в судебно-психиатрической практике, где отмечается рост судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ), проводимых в отношении пожилых людей. Их значительную часть составляют экспертизы в отношении пожилых подэкспертных, совершивших юридически значимые действия (общественно-опасные действия, направленные чаще против жизни и здоровья лиц из ближайшего окружения, гражданско-правовые акты, связанные с распоряжением своим имуществом) в состоянии алкогольного опьянения. Их судебно-психиатрическая оценка остается непростой задачей. Диагностические трудности вызывает разграничение атипичных форм простого алкогольного опьянения от патологического опьянения или других временных психических расстройств, определение степени выраженности личностных, эмоционально-волевых, когнитивных нарушений, которые могут усугубляться у пожилого человека в состоянии острой алкогольной интоксикации. При экспертной оценке необходимо учитывать, что наркотические эффекты у пожилых лиц развиваются быстрее, их усиливает сочетанный прием транквилизаторов, нейролептиков, снотворных средств и других лекарственных препаратов. Для таких подэкспертных характерна плохая переносимость даже незначительных доз алкоголя, способных вызвать глубокое и часто атипичное алкогольное опьянение с дисфориями, эксплозивностью и состояниями измененного сознания. Большое же количество алкоголя может привести к тяжелому опьянению с элементами расстроенного сознание (оглушение) и последующими амнестическими расстройствами. Состояние опьянения в пожилом возрасте характеризуется грубыми нарушения праксиса, координации движений, чувства равновесия, приводящее к падениям и всевозможным (в том числе и черепно-мозговыми) травмам, которые могут иметь большое значение при проведении СПЭ. Тяжесть алкогольной интоксикации и замедление элиминации алкоголя может зависеть от алиментарных причин (голодание, дефицит витаминов, белков и микроэлементов); от сопутствующей соматической и неврологической патологии (заболевания сердца, печени, почек, сосудисто-атрофические процессы головного мозга, инфекции, диабет, гипотиреоз) и от декомпенсации вышеуказанных состояний. Патологическое влечение к алкоголю у пожилых может носить крайне навязчивый и непреодолимый характер в силу общего ослабления волевых функций и возникать при малейшем изменении эмоционального состояния. Для клинической картины позднего алкоголизма характерно укорочение длительности запоев, чередование запоев с ежедневным употреблением спиртного в незначительных дозах с тенденцией к их уменьшению, что связано со снижением толерантности к алкоголю, нарастанием астенизации и общего физического истощения, субдепрессивными расстройствами, расстройствами со стороны сердечно-сосудистой системы (нарушения ритма сердечных сокращений, колебания артериального давления, приступы стенокардии), соматоневрологическими декомпенсациями в состоянии абстиненции. Лишение пожилых больных привычной дозы алкоголя, как своеобразного «лекарства», обладающего психотропным и кратковременным сосудорасширяющим эффектом,как правило приводит к ухудшению их соматического состояния. Тем не менее, при экспертной оценке необходимо помнить, что простое алкогольное опьянение само по себе не может служить основанием для признания пожилого человека невменяемым. Если же опьянение очень глубокое, то подэкспертный просто не в состоянии производить юридически значимые действия. Е.М. Холодковская (1965) отмечала, что для пожилых подэкспертных с хроническим алкоголизмом в гражданском процессе характерно эмоциональное огрубение, аморальное поведение, эгоизм, в то время как интеллектуальные способности страдают значительно меньше, поэтому они неплохо учитывают ситуацию, активно защищают свои интересы и в большинстве своем сохраняют сделкоспособность.

О ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА,СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Лазько Н.В., Пищикова Л.Е., Мамонова И.П., Дьякова Н.В., Кулагина Н.Е.
ФГУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского», Москва

В основу реабилитационно-терапевтических программ принудительного лечения (ПЛ) больных с тяжелыми психическими расстройствами положен широкий спектр клинических и социальных показаний. Однако возрастные аспекты данного контингента до настоящего времени практически не изучались. Как показывает клинический опыт, наибольшего внимания требуют больные старших возрастных групп вследствие значительной соматической отягощенности, инвалидизаци, ограниченными, в силу возраста, ресурсами к социальной реадаптации. В связи с этим целью нашей работы является разработка дополнений к лечебно-реабилитационным мероприятиям ПЛ применительно для больных пожилого возраста. Исследование выполняется на базе отделения ПЛ психиатрической клинической больницы №1 им. Н.А.Алексеева (психиатрический стационар общего типа – ПСОТ). К настоящему времени за период 2006-2011гг. обследовано 23 больных мужского пола в возрасте от 57 лет до 71 года. Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и нейропсихологический, неврологический, описательная статистика, результаты лабораторных и инструментальных обследований. По нашим предварительным данным среди больных, находящихся на ПЛ в ПСОТ число лиц указанной возрастной группы ежегодно составляет от 8 до 24 %. В соответствии с нозологической принадлежностью из обследованных больных 43,5% составили больные шизофренией, 56,5% - пациенты с органическим расстройством личности (ОРЛ). У 92% всех больных в анамнезе имелось указание на злоупотребление алкогольными напитками и в отдельных случаях на употребление наркотических веществ. По характеру общественно-опасного деяния (ООД) в обеих группах (соответственно 86 и 89%) преобладали преступления против личности (угроза убийством, попытка убийства, хулиганские действия), совершавшиеся, как правило, в состояние алкогольного опьянения. Пациенты с ОРЛ чаще совершали повторные ООД (44%) в отличие от больных шизофренией (29%). Обращает на себя внимание достаточно высокий уровень образования у обследованных больных – среднее специальное и высшее; причем среди больных шизофренией высшее образование имели 28%, а пациенты с ОРЛ - 43%. В то же время до поступления на ПЛ около 50% больных шизофренией занимались квалифицированным трудом, а пациенты ОРЛ находились в основном на малоквалифицированных работах. Также лица с ОРЛ более инвалидизированы: в 44% они имели вторую группу инвалидности, больные шизофренией в 29%. Сохранность семейной адаптации наблюдалась примерно в равных соотношениях – у 42% больных шизофренией и у 44% пациентов с ОРЛ. В период ПЛ клиническая картина психопатологических проявлений в обеих группах характеризовалась преобладанием депрессивно-бредовых расстройств в сочетании с психоорганическим синдромом с различной степенью выраженностью когнитивных расстройств. Пациентам обеих групп помимо комплексного динамического психолого-психиатрического обследования требовалось и динамическое наблюдение невролога и терапевта (в среднем 1 раз в месяц), дополнительные параклинические (МРТ, определение онкомаркеров, УЗДГ) исследования. При соблюдении принципов этапности ПЛ (адаптационно-диагностический, активной терапии, стабилизации достигнутого эффекта, подготовка к выписке) психофармакотерапия у таких больных была направлена на коррекцию прежде всего когнитивных нарушений, преимущественно использовались препараты с «мягким» активным и минимальным побочным действием. Большое внимание уделялось стабилизации соматического состояния, индивидуальной психотерапевтической работе, направленной, в том числе, на коррекцию алкогольной зависимости, решению социальных вопросов. Таким образом, данные предварительного обследования лиц пожилого возраста, находящихся на ПЛ свидетельствуют о том, что для профилактики ООД, в том числе повторных, необходим комплексный дифференцированный мультидисциплинарный подход психиатров, неврологов, психологов и нейропсихологов, врачей интернистов, специализированных в области геронтологии.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИТЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Макушкина О.А.
ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского»
Минздравсоцразвития России, Москва

Проведен краткий анализ проблемы профилактики общественно опасных действий (ООД) психически больных по данным официальной статистики. Использованы Государственные статистические отчёты за 2006-2010 гг. по России и субъектам РФ - «Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении» (отчётная форма № 36-ПЛ). Полученные результаты свидетельствуют о том, что на сегодняшний день в стране имеет место положительная динамика показателя повторности совершения ООД психически больными. Вместе с тем, в системе судебно-психиатрической профилактики существует ряд вопросов, требующих более углубленного анализа с последующим принятием управленческих решений. Значимыми среди них, на наш взгляд, являются: сокращение (на 10,5%) численности группы активного диспансерного наблюдения (АДН); снижение (с 27,9% до 20,3%) доли больных, не совершивших ООД в течение жизни, к общему числу пациентов, находящихся под АДН; несоответствие распределения видов принудительного лечения (ПЛ) их оптимальному соотношению с низким удельным весом ПЛ в психиатрическом стационаре специализированного типа; отсутствие в части субъектов РФ отделений для принудительного лечения специализированного типа; наличие территорий, где практика применения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ) практически отсутствует, либо представлена единичными случаями; значительное (на 20,7%) увеличение сроков пребывания больных на принудительном лечении (наиболее выраженное на АПНЛ и ПЛ в стационаре общего типа) с существенными (более 100%) различиями по данным показателям между отдельными субъектами РФ.

Значимыми показателями, позволяющими оценить качество профилактических мероприятий, проводимых региональными психиатрическими службами, являются: количество ООД психически больных на 100 тыс. населения в год; число больных, находящихся под АДН, на 100 тыс. населения; доля пациентов, не совершивших ООД в течение жизни, к общему числу больных, находящихся под АДН; структура применяемых в субъекте принудительных мер медицинского характера, наличие отделения для принудительного лечения специализированного типа; длительность пребывания на принудительном лечении, процент охвата пациентов психосоциальной работой; процент повторных ООД; средний интервал рецидива ООД и некоторые другие. Оценка, сравнительный анализ этих показателей и их соотношений помогают проводить необходимые сопоставления и определять территории и больницы с наиболее и наименее благоприятными результатами деятельности.

Система профилактики ООД психически больных должна стать обязательным сегментом Программ обеспечения и контроля качества оказания специализированной помощи в ЛПУ психиатрического профиля. Показатели, характеризующие эффективность региональных служб охраны психического здоровья по профилактике противоправного поведения психически больных, целесообразно включить в перечень основных целевых индикаторов их работы.

Необходима организация на региональном уровне ежеквартального мониторинга указанных показателей с проведением анализа и контроля со стороны главных психиатров территорий и главных врачей психиатрических учреждений.

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ДЕЕСПОСОБНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА ФОНЕ СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мамонова И.П., Пищикова Л.Е., Дьякова Н.В., Лазько Н.В., Кулагина Н.Е.
ФГУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского», Москва

Когнитивные нарушения представляют собой не только медицинскую, но и серьезную социально-экономическую проблему, чаще возникают у лиц пожилого возраста и нередко приводят к их социальной дезадаптации. Многие заболевания головного мозга различные по этиологии и патогенезу приводят к возникновению когнитивных нарушений, они сопровождаются различными видами гиперкинезов, расстройствами сознания и движения. Эти особенности следует учитывать при проведении экспертизы для решения вопросов дееспособности у лиц пожилого возраста.

Часто неадекватная коррекция уровня сахара крови у лиц пожилого возраста с когнитивными нарушениями приводит к нарушению сознания различной степени выраженности (от легкого оглушения, до сопора и комы разной степени тяжести). Легкие степени данной патологии позволяют подэкспертному проявлять минимальный объем речевой активности при невозможности полноценно оценивать смысл задаваемых вопросов и формировать ответ в рамках своих актуальных возможностей, что может привести к ошибочной экспертной оценке. В подобных случаях необходимо провести коррекционную терапию сахарного диабета с подбором адекватных доз препаратов в условиях профильного стационара и лишь затем проводить экспертную оценку психического состояния пожилого человека.

Наличие у пожилых подэкспертных таких двигательных нарушений, как гиперкинезы и гипокинезии, возникающих при паркинсонизме, эссенциальном треморе, последствиях ДЦП, нейролептическом синдроме, инсульте, особенно в области мышц лица и плечевого пояса, также затрудняет достоверную оценку психического состояния и таких когнитивных функций как речевая (затрудняется произносительная сторона речи) и моторная (оценка письма, бытовые навыки и т.д.). У подэкспертных с двигательными нарушениями исследование психического состояние также возможно лишь после адекватной медикаментозной коррекции и максимального исключения эмоционального напряжения, которое усиливает проявление данной патологии и не позволяет адекватно оценить возможности пожилого человека. Это требует нередко повторного контакта с подэкспертным, который воспринимает последующее обследование спокойнее, к врачам относится доверительно.

Таким образом, адекватная медикаментозная коррекция соматоневрологических декомпенсаций, двигательный нарушений и состояний эмоционального напряжения у пожилого подэкспертного способствует адекватной оценке его психического состояния при проведении судебно-психиатрической экспертизы для решения вопросов дееспособности.

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Мохонько А.Р., Ткаченко А.А.
ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского», Москва

Вступивший в силу в 2001 году Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» содержит ряд требований, которым должно соответствовать государственное судебно-психиатрическое экспертное учреждение (СПЭУ). В соответствии с Законом (ст. 11) СПЭУ могут быть либо специализированные государственные учреждения (каковым является ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского) либо специализированные подразделения (отделения) государственных учреждений, укомплектованные специалистами, имеющими соответствующую профессиональную подготовку.

На 01.01.11 г. в СПЭУ РФ было занято 968 должностей врачей судебно-психиатрических экспертов. Укомплектованность судебно-психиатрической экспертной службы (СПЭС) РФ составила 72,4%, в т.ч. в амбулаторных отделениях – 70,3%, в стационарных – 79,0%. Число психиатров, фактически участвующих в проведении СПЭ, составило 1057. Сравнить эти данные с числом занятых должностей не представляется возможным, ибо в одних территориях судебно-психиатрические эксперты в основном совместители, в других – эксперты занимают более 2 ставок.

Распределение врачей судебно-психиатрических экспертов по занимаемым ставкам: 40% экспертов (423 чел.) – это в основном совместители, 28,6% экспертов занимают только одну ставку, а 31,4% – имеют совместительство в том же экспертном учреждении. За 5-летний срок уменьшилось на 12,6% общее число врачей, участвующих в СПЭ, в то же время на 12% увеличилось число физических лиц. Коэффициент совместительства в целом по стране уменьшился с 2,0 в 2006 г. до 1,6 в 2010 г. Эксперты, имеющие сертификат судебно-психиатрического эксперта, составили 75,6% (799 чел.), а 258 специалистов (24,4%) должны получить сертификат в 2011 г. Почти 60% экспертов имеют стаж работы более 10 лет, а 22,3% - это молодые специалисты, стаж работы которых в СПЭ менее 5 лет.

Наряду с тем, что на кафедре социальной и судебной психиатрии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова дважды в год проводится обучение курсантов на циклах профессиональной переподготовки по специальности «судебно-психиатрическая экспертиза», с сентября 2011 г. подобные циклы начали проводиться и на базах Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского и кафедры психиатрии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета. Кроме того, обучение на цикле профессиональной подготовки по специальности «судебно-психиатрическая экспертиза» планируется организовать на кафедре психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы Казанского государственного медицинского университета.

Расширение возможностей профессиональной переподготовки, помогающее решить кадровую проблему обеспечения СПЭС страны, позволит подойти к решению вопроса о внедрении аттестации на право самостоятельного производства экспертизы, по сути, означающей допуск к экспертной деятельности. Подразумеваемый ст.13 Закона «О государственной судебной экспертной деятельности в РФ», данный этап профессиональной подготовки эксперта отражает приобретение экспертом «опытного» знания, достигаемого в ходе практической экспертной деятельности под руководством наставника, что должно регламентироваться «Положением об аттестации на право самостоятельного производства СПЭ».

АНАЛИЗ ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА ДЕТЕЙ

Низкин С.И., Казакова Е.Ю., Белевитина Н.А.,
ОГУЗ «Тамбовская психиатрическая больница», Тамбов

В настоящее время в Тамбовской области, также как и России в целом, наблюдается тенденция к увеличению гражданских экспертиз по делам об определении места жительства ребенка и условий его воспитания при разводе родителей. Так, если в Тамбовской психиатрической больнице в 2008 году подобного рода экспертиз было 0,6% от общего количества экспертиз, то к 2011 году они увеличились практически втрое.

Цели и задачи исследования: обобщение практического опыта по проведению данных экспертиз с анализом имеющихся трудностей.

Материал и методы исследования: по специально разработанной карте проведено исследование всех лиц проходивших однородные и комплексные экспертизы по гражданским делам об определении места жительства детей, которые имели место в Тамбовской области.

Результаты исследования показали, что на момент экспертизы средний возраст детей составлял 8-10 лет; возраст матерей 27-30 лет; отцов 34-37 лет. Семейный стаж от 2 до 12 лет. Заявление об определении места жительства детей подавалось в 90% случаях отцами и, как правило, в первые полтора года после развода. На момент решения экспертных вопросов в 90% случаях дети проживали с матерью. Практически все семьи были материально хорошо обеспечены. В 20% случаях у детей были выявлены невротические расстройства, которые возникли на фоне конфликтной семейной ситуации связанной с разводом родителей или непосредственно после него. Основные организационные трудности заключались в ошибках при назначении судебно-психиатрической экспертизы судами. Из 100% экспертиз, только лишь в 24% были поставлены вопросы в отношении всех членов семьи. Как известно в таких семьях нарушаются внутрисемейные коммуникативные отношения между супругами и детьми, возможно и другими родственниками, они не могут самостоятельно и адекватно выйти из создавшейся ситуации, в связи с чем они вынуждены обращаться в суд. В нашей практике в половине случаев эксперты, проявляя инициативу, обращались в судебные органы с ходатайством о назначении комплексной психолого-психиатрической экспертизы всем членам семьи. Одной из главных задач исследования ребенка в рамках данных экспертиз 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 экспертов является установление комплекса клинико-психологических особенностей родителей и их ребенка, их поведение, их взаимоотношения, на основе анализа которых и получается целостная психологическая картина семейной ситуации. В нашей практике дети, в большинстве предпочитали воспитываться матерью, полностью отрицая желание видеться с отцом, однако в 2-х случаях за последние 2,5 года предпочитали общаться только с бабушкой и дедушкой (родители социально благополучные), и в 2-х случаях от общего количества подобных экспертиз желали постоянно проживать с отцом и его новой семьей. Нами учитывалось то, что необходима не только актуальная, но и ретроспективная и прогностическая экспертная диагностика и оценка изучаемых явлений, индивидуально-психологические особенности каждого из родителей, особенности их стиля воспитания, индивидуально-психологические особенности ребенка, уровня и характера психического развития, его отношение к каждому из родителей.

Заключение: данный вид экспертиз очень важен, так как заключение экспертов может выступать прямым доказательством по делу и оценивается судом при разрешении споров в совокупности с другими доказательствами, для оптимизации производства экспертиз нужны чёткие методические рекомендации для судей, ввиду специфики психических нарушений у детей в ряде случаев необходимо привлечение в комиссию детских психиатров.

ОРГАНИЗАЦИОННО – ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДСМЕННОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ РАБОТНИКОВ ТЕХНОГЕННО ОПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ НА ПРЕДМЕТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Пархоменко А.И., Приятель В.А.,
ФГУЗ ЦПБ ФМБА России, Электросталь

Цель: Оценка существующих организационно – правовых проблем проведения предсменного освидетельствования работников, осуществляющих деятельность, связанную с источниками повышенной опасности, на предмет употребления психоактивных веществ.

Проведение. освидетельствования работников отраслей промышленности с особо вредными и опасными условиями труда на предмет употребления психоактивных веществ (ПАВ) в ходе предсменных осмотров предусмотрено рядом нормативно-правовых документов. В частности, статьи 212 и 213 ТК РФ обязывают работодателя осуществлять медицинские осмотры и не допускать работников к исполнению ими трудовых обязанностей без прохождения обязательных медицинских обследований, а ст. 214 ТК РФ возлагает на работника обязанность проходить медицинские осмотры.

В настоящее время отсутствуют нормативные акты, подробно регламентирующие процедуру упомянутого освидетельствования. Отсутствие же предсменного контроля трезвости на предприятиях ряда отраслей может привести к тяжёлым техногенным авариям.

Следовательно, Минздравсоцразвития России следует установить порядок проведения обязательного предсменного медицинского освидетельствования отдельных категорий работников, содержащий исчерпывающий перечень должностей и производственных факторов. В качестве основы можно использовать методические рекомендации “Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей автотранспортных средств”, утв. Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.2002 (письмо Минздрава РФ от 21.08.2003 № 2510/9468-03-32.). Обязательным должно являться тестирование на предмет употребления не только алкоголя, но и других ПАВ. В целях исключения фальсификации результатов, целесообразно проводить исследование слюны. Положительный результат экспресс-теста должен служить основанием для направления работника в лечебное учреждение на медицинское освидетельствование на состояние опьянения, по результатам которого и должно быть принято решение о допуске к работе. В дальнейшем, такой работник подлежит в плановом порядке направлению на освидетельствование к психиатру-наркологу для выявления признаков зависимости от ПАВ. Отказ работника, подлежащего предсменному осмотру, от какой-либо обязательной при осмотре процедуры, в том числе и скрининг-теста на ПАВ, с правовой точки зрения (ст. 212 ТК РФ), должен повлечь отказ в допуске к работе со стороны администрации.

Результаты. Выявлены основные проблемы, возникающие при проведении освидетельствования работников техногенно опасных производств на предмет употребления психоактивных веществ в ходе предсменных медосмотров.

Заключение. Предложен возможный алгоритм решения указанных проблем путём издания соответствующих нормативных документов Минздравсоцразвтия России.

СУДЕБНАЯ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ

Пищикова Л.Е., Мамонова И.П., Дьякова Н.В., Лазько Н.В., Кулагина Н.Е.
ФГУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского», Москва

По данным ВОЗ в мире отмечается беспрецедентное изменение демографической структуры, связанное со старением населения. Ожидается, что в период с 2007 по 2050гг. численность пожилых людей возрастет с 11% до 22%, а в наиболее развитых странах этот показатель достигнет 33%. Число долгожителей в период с 2007 по 2050гг. увеличится с 94 до 394 млн. человек, а количество людей старше 100 лет вырастет в 13 раз.

Этот процесс будет сопровождаться негативными социальными тенденциями - уменьшением заботы о стариках, ростом их одиночества и изоляции, ухудшением состояния здоровья, снижением уровня жизни, жестоким отношением, профессиональной дискриминацией по возрастному признаку, дискриминацией в доступе к медицинским услугам.

Демографическая ситуация в России определяется «патологическим типом старения». Оно характеризуется накоплением в группе пожилых людей специфической полиорганной, неврологической и психической патологии с ее частыми декомпенсациями. Это обуславливает крайнюю уязвимость и виктимность пожилых людей, в том числе и в различных юридически значимых ситуациях, где они могут выступать в роли потерпевших, свидетелей, правонарушителей, истцов или ответчиков, завещателей, а также лиц лишающихся дееспособности.

В судебно-психиатрической практике также наблюдается рост числа судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ), проводимых в отношении лиц позднего возраста. С 2003 по 2009гг. количество очных СПЭ в отношении пожилых подэкспертных возросло с 3,65% до 12% (от числа всех очных СПЭ). Подобная динамика определялась увеличением числа геронтологических экспертиз по гражданским делам с 0,92% до 9,5% (от всех очных СПЭ), что, в свою очередь, было связано с ростом СПЭ на дееспособность с 15,7% до 31,7% (от всех гражданских СПЭ). В 2009г. они составили 76% от всех геронтологических гражданских СПЭ. Отмечался неуклонный рост посмертных СПЭ проводимых в отношении лиц позднего возраста, их количество в 2009г. достигло 327 СПЭ (81,5% от числа всех посмертных СПЭ). В уголовном процессе в этот период также наблюдался рост с 2,8% до 3,2% числа геронтологических СПЭ (от всех СПЭ в уголовном процессе). Значимость этих показателей определялась преобладанием в структуре правонарушений совершенных пожилыми подэкспертными общественно-опасных действий (ООД), направленных против жизни и здоровья граждан (76,5% в 2009г.).

В целом в 2009г. в ГНЦСиСП им.В.П.Сербского была проведена 591 геронтологическая экспертиза, что составило почти одну четвертую часть (22,7%) от числа всех СПЭ.

Юридически значимые психические расстройства в исследуемой группе пожилых подэкспертных были представлены полиморфными симптомокомплексами психогенных нарушений (депрессии, «псевдодеменции»); психотических состояний паранойяльной, параноидной и галлюцинаторно-параноидной структуры; эпизодов расстроенного сознания («спутанность» или делирий); различных уровней интеллектуально-мнестического снижения и разнообразным сочетанием этих состояний. В их структуре продуктивная психическая патология имела закономерную тенденцию к измельчению, мелкомасштабности, уменьшению диапазона клинических проявлений, а негативная – ассоциировалась с разной степенью когнитивного снижения. При этом отмечалась различная, в том числе и обратная динамика указанных психических расстройств и когнитивного снижения.

Дальнейшее исследование этих вопросов в рамках нового научного направления – судебной геронтопсихиатрии позволит определить границы общегражданской дееспособности, сделкоспособности и вменяемости при различных формах психических расстройств и разных уровнях когнитивного снижения у пожилых.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ

Б.Е. Потемкин
Екатеринбург

Современная ситуация, в которой работают отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) характеризуется: появлением новых экспертных ситуаций; изменением состава гражданских дел с ростом числа наиболее трудоемких и комплексных экспертиз; возрастающими требованиями к качеству экспертных заключений; необходимостью проводить СПЭ в четко установленные судом сроки. Это определяет не только необходимость разработки методологии судебно-психиатрических исследований, но и принятия организационных решений, позволяющих проводить СПЭ в кратчайшие сроки, при обеспечении высокого качества экспертных заключений.

В связи с ростом СПЭ по гражданским делам, с целью улучшения работы экспертной службы в Свердловской областной клинической психиатрической больнице (СОКПБ) в 2006г. было создано специализированное отделение «амбулаторной СПЭ по гражданским делам», что позволило более эффективно организовать экспертную работу, равномерно распределить нагрузку на экспертов и проводить СПЭ по гражданским делам 5 дней в неделю, вне зависимости от очереди на СПЭ по уголовным делам и работы конвойной службы, а также облегчило планирование и оценку объема работы каждого эксперта.

Однако практический опыт показал, что трудозатраты экспертов при проведении амбулаторных СПЭ по разным категориям судебных дел значительно отличаются. Для изучения структуры трудозатрат, при проведении СПЭ по наиболее часто встречающимся гражданским делам (признание граждан недееспособными и признание сделок недействительными), на базе отделения амбулаторной СПЭ по гражданским делам СОКПБ было проведено выборочное организационно-статистическое исследование. Всего было исследовано 120 экспертных случаев первичных (как очных, так и заочных) СПЭ. При проведении хронометража рабочего времени эксперта, затрачиваемого на 1 экспертизу выявлено, что трудозатраты врача-докладчика по делам о признании сделок недействительными примерно в 5 раз выше, чем по делам о признании граждан недееспособными. Причем, разница в трудозатратах отмечается на всех этапах экспертного исследования и оформления заключения, но наиболее выражена на этапе подготовки к работе экспертной комиссии и этапе оформления заключения и согласования выводов.

Результаты исследования показывают, что при 36 часовой рабочей неделе, эксперт амбулаторного отделения может выполнить нагрузку, рекомендуемую действующими штатными нормативами (200 экспертиз на ставку в год), лишь в том случае, если проводит только экспертизы по делам о признании граждан недееспособными. В случае, если эксперт проводит экспертизы о признании сделок недействительными, то необходима коррекция нагрузки. Так 1 ставка эксперта амбулаторного отделения должна вводиться на 40 СПЭ по делам о признании сделок недействительными в год.

Таким образом, в условиях современной экспертологической реальности, при расчете норм нагрузки на ставку судебно-психиатрического эксперта амбулаторного отделения, а также при оценке объема работы, выполняемой каждым экспертом, необходимо учитывать особенности разных по трудоемкости категорий гражданских дел.

Кроме того, коррекция нагрузки и штатных нормативов в сочетании с уточнением критериев внутриведомственной оценки качества экспертных заключений позволят в большей мере гарантировать качество оказания судебно-психиатрических экспертных услуг.

ДУХОВНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ

Смирнова Т.А., Пищикова Л.Е.
ФГУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского», Москва

Успехи современной медицины вдохновляют на поиски все новых и новых путей лечения многих болезней. Однако, и старение, и связанные с ним проблемы психических заболеваний позднего возраста, несмотря на все достижения современной науки, остаются одной из актуальнейших проблем психиатрии. Так, по оценке специалистов ВОЗ около 29 млн. человек в мире страдают от различных деменций и болезни Альцгеймера, а к 2025 году число таких пациентов может возрасти до 35 млн. человек, что дает право многим исследователям говорить об эпидемии деменций.

По мнению К.Ясперса, научные положения имеют ограниченную и преходящую ценность, в зависимости от применяемого метода.

В христианской антропологии личность рассматривается в единстве духовных, душевных и телесных проявлений. Единство это достигается только при условии преобразующего влияния сферы духа. Выдающийся отечественный психиатр Д.Е.Мелехов, посвятив свой основательный труд изучению триединства человека (дух-душа-тело), отмечал, что в 20 веке в психологии и психиатрии возникла императивная необходимость синтетического рассмотрения психических проявлений человека в норме и патологии во всей полноте его духовного и психофизического бытия. В последние десятилетия можно отметить целый ряд работ по исследованию отдельных аспектов данной проблемы (Ф.В.Кондратьев, Ю.И.Полищук, Б.А.Воскресенский, Д.А.Авдеев). Как справедливо отмечает Д.А.Авдеев, духовный подход не подменяет медико-биологического взгляда, но обогащает, дополняет и завершает представление о личности.

С нашей точки зрения, исследование глубинной сущности духа и духовный подход к больному, представляют особую актуальность в поиске путей решения насущных проблем геронтопсихиатрии. Ведь, «если преобладающая материя может управлять духом и даже совершенно оцепенить его, то чего не может сделать дух над материею, назначенный управлять ею!?» (Н.И.Пирогов).

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Ткаченко А.А.
ГНЦ ССП им.В.П.Сербского», Москва

Обновление законодательной и инструктивно-нормативной базы, а также накопление практического опыта в современных условиях ведут к дальнейшему освоению некоторых относительно новых положений и уточнению прежних представлений, определявших теоретико-методологические основания экспертных исследований.

Развитие **методологии экспертного исследования** связано с расширением предмета судебно-психиатрических познаний и освоением новых экспертных ситуаций.

- Постановления Конституционного Суда РФ (№13-П от 20.11.2007 г. и №4-П от 27.02.2009 г.) поставили серьезные задачи перед судебно-психиатрической наукой по разработке совершенно новых подходов к экспертным решениям при оценке процессуальной дееспособности. В УПК внесены соответствующие изменения, гарантирующие соблюдение конституционных прав лиц, в отношении которых ведется судопроизводство о применении принудительных мер медицинского характера. Одновременно сделана оговорка, что предоставление и реализация данных прав возможны, *если психическое состояние такого лица позволяет ему лично участвовать в судебном заседании и осуществлять принадлежащие ему процессуальные права*. Недвусмысленно указывается на судебно-психиатрическую компетенцию, в рамках которой производится оценка данных уголовно-процессуальных способностей (ст.ст. 376, 407, 437, 441 УПК).

- Неоднозначный характер на сегодняшний день носит оценка степени тяжести вреда здоровью потерпевшего, у которого после совершенных против него противоправных действий возникают психические расстройства. Действующие в настоящее время законодательные нормы допускают трактовку, в свете которой они рассматриваются как тяжкие. Это противоречит современной психиатрии, поскольку под психическим расстройством понимается любое по глубине и продолжительности поражение психики – от наиболее тяжелых до самых незначительных, от хронических до кратковременных состояний. Необходимым становится выделение квалифицирующих признаков, пригодных для оценки степени тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства при всех степенях тяжести и разработка соответствующих судебно-психиатрических медицинских критериев. При разработке таких квалифицирующих признаков (юридического критерия) в отношении потерпевших с психическими расстройствами равноценным аналогом критерия «утраты общей трудоспособности» может рассматриваться критерий «дезадаптации».

Приведенные примеры не исчерпывают круг проблемных экспертных ситуаций, большая часть которых диктует возрастание значения междисциплинарных исследований и совместного обоснования интегративных выводов, что требует дальнейшего развития концепции комплексных видов СПЭ и соответствующей подготовки квалифицированных кадров судебно-психиатрических экспертных учреждений.

Согласно ст.13 Закона «О государственной судебной экспертной деятельности в РФ», получение образования «по конкретной экспертной специальности» – только первый этап профессиональной подготовки эксперта. Допуск же к экспертной деятельности должен регламентироваться «Положением об аттестации на право самостоятельного производства СПЭ».

ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Тулупова О.В., Гажа А. К., Ерошина О.С., Филатов А. Е.
«Тамбовская психиатрическая больница»,. 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. Трудовая реабилитация таких лиц направлена, прежде всего, на снижение уровня повтора совершения общественно-опасных деяний, восстановление социальных связей больного, на изменение мотивов деятельности пациентов с низших, эгоистически-утилитарных на высшие, альтруистические.

На базе психиатрического стационара для принудительного лечения специализированного типа «Тамбовской психиатрической больницы» было проведено исследование, целью которого стало выявление уровня трудового потенциала пациентов в динамике за 6 месяцев. В исследовании приняли участие 39 пациента. Все они были задействованы в реализации проекта «Трудовая реабилитация пациентов, совершивших общественно-опасные деяния, как профилактика совершения повторных правонарушений», направленного на восстановление трудовых навыков у пациентов, совершивших общественно-опасное деяние, для дальнейшего трудоустройства и успешного функционирования в обществе после выписки из стационара.

При проведении исследования первоначально все пациенты были разделены на две группы: первую группу составляли лица со средним реабилитационным потенциалом, вторую – с низким реабилитационным потенциалом. В первую группу было включено 22 пациента, что составило 56,4% от общего числа обследуемых, во вторую – 17 человек, 43,6% соответственно. Средний возраст пациентов первой группы составил 35 лет, это лица, имеющие трудовой стаж (90,9% случаев) в сфере квалифицированного труда до поступления в стационар. Возраст пациентов второй группы составил 47 лет, 88,2% из них имели ранее трудовой стаж в сфере неквалифицированного труда.

Исследование проводилось в два этапа. В 2009 году оценивался начальный уровень трудового потенциала, а через 6 месяцев анализировались результаты эффективности трудотерапевтической программы.

В ходе проведения второго этапа исследования образовалась третья группа пациентов с высоким показателем уровня реабилитационного потенциала. Данный факт может свидетельствовать о положительной направленности применения трудовой терапии в психосоциальной реабилитации пациентов, совершивших ООД.

Результаты исследования показали, что за период применения трудовой терапии были достигнуты позитивные изменения по большинству основных параметров. Так уровень трудовой мотивации возрос на 23%, (с 64% в 2009 до 87% в 2010). Наметилась тенденция к выбору более квалифицированных видов трудотерапии (в 2009 г. – 56,4%, в 2010 г. – 66,6 %) и желании дальнейшего повышения профессионального уровня после выписки из стационара (в 2009 г. – 41%, в 2001 г. – 64,1%). Улучшилось и качество выполняемых работ в сравнении с начальным уровнем, если в 2009 году хорошо и отлично с порученной работой справлялись только 10,2% пациентов, то к началу 2010 года число таких пациентов возросло до 66,6%.

Таким образом, применение чётких программ трудовой терапии с дифференцированным подходом к пациентам способствует росту трудового потенциала и созданию позитивной мотивации. Это является предпосылкой успешной реабилитации пациентов и снижения их общественной опасности. Данный факт говорит о необходимости возрождения трудовой терапии, как одного из ведущих и эффективных направлений психосоциальной реабилитации.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ ЭПИЛЕПСИИ

Усюкина М.В., Шахбази Т.А.
ФГУ «ГНЦССП им В.П. Сербского», Москва

Цель исследования. Выделение совокупности клинических проявлений, необходимых и достаточных для их верификации как эпилептических при диагностике эпилепсии.

Материал и методы. Проведено клинико-психопатологическое обследование 78 больных, страдающих с эпилепсией в возрасте от 18 до 74 лет.

Результаты исследования. Проводилось сопоставление 2-х выборок:

1. Больные эпилепсией, у которых данный диагноз был впервые установлен при проведении настоящего судебно-психиатрического обследования в Центре (43 чел.);

2. Больные, у которых диагноз эпилепсии был установлен ранее (35 чел).

Длительность эпилепсии у больных первой группы до поступления на настоящую экспертизу составляла 11-20 лет, по сравнению с группой сопоставления, что может свидетельствовать о положительном влиянии на динамику заболевания своевременной диагностики и постановке больного на учет к психиатру. У больных основной группы в прошлом устанавливались диагнозы: «Органическое расстройство личности» (37%), «Шизофрения» (33%), а также «Расстройство зрелой личности» (23%), «Умственная отсталость» (14%), «Синдром зависимости от алкоголя» (21%).

Для больных из группы с несвоевременно диагностированной эпилепсией более характерны синдромы продуктивных психопатологических расстройств, в то время как для обследуемых из группы сопоставления специфическими оказались негативные дефицитарные симптомокомплексы. 41 человек (53%) хотя бы раз в жизни переносили психотические расстройства, в трети случаев в обеих группах – транзиторно, 21% обследуемых первой группы достоверно чаще страдали хроническими эпилептическими психозами. Наиболее часто встречающимися являлись галлюцинаторно-параноидные (достоверно чаще в основной группе) и аффективно-бредовые психотические нарушения. При анализе структуры имевшихся у подэкспертных психопатологических нарушений, на первом месте по частоте оказались расстройства восприятия (нарушение интенсивности) с повышением или понижением чувствительности, изменением порога восприятия внешних стимулов. Эмоциональная вязкость, склонность к накоплению негативных переживаний с последующими аффективными взрывами или длительными дисфориями характеризует аффективную сферу обследуемых больных. К дефицитарным синдромам при эпилепсии были отнесены специфические изменения личности и эпилептическое слабоумие.

Выявленные в ходе данного исследования различия между группами, могут указывать на те места в диагностике эпилепсии, которые до сих пор вызывают сомнения у ряда специалистов. Так, основными нарушениями для постановки диагноза эпилептической болезни до сих пор являются наличие генерализованных судорожных приступов или абсансов, а также имеющиеся в клинической картине негативные симптомы, которые при эпилепсии, как и при других заболеваниях (например, эндогенных психозах) являются специфичными.

Заключение. Основной причиной диагностических ошибок на этапе первичной экспертизы являлось игнорирование таких, наиболее показательных для эпилепсии признаков, как: частота и полиморфизм пароксизмальных бессудорожных расстройств, их динамика, наличие дефицитарных эпилептических расстройств (совокупность нарастающей негативной симптоматики, патогномоничной для эпилепсии, специфических особенностей личности). Прицельное внимание именно к негативным психопатологическим изменениям поможет в дальнейшем оптимизировать процесс выявления и раннего начала лечения больных эпилепсией.

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фастовцов Г.А., Соколова Е.А.
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского, Москва

Целью настоящего исследования является разработка основных критериев судебно-психиатрической оценки психопатологических расстройств у лиц с атипичными вариантами посттравматического стрессового расстройства для оптимизации судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.

Материалы и методы. Объектом исследования являлась репрезентативная группа, составляющая 100 лиц, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в ГНЦССП им.В.П.Сербского в период с 1995 по 2011 гг., у которых было диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство с атипичным вариантом течении. В основу работы положен сопоставительный анализ больных с различными видами экспертного заключения. В 42% было вынесено решение о вменяемости, в 39% - о невменяемости, в 19% - об ограниченной вменяемости; в 23% больные подпадали под действие ст.81 УК РФ.

Результаты исследования позволили выявить клинико-социальные параметры, характерные для лиц, в отношении которых было вынесено экспертное заключение о невменяемости. Во всех наблюдениях преморбидная структура личности характеризовалась сочетанием паранойяльных и шизоидных патохарактерологических особенностей, а также чертами тревожной мнительности и выраженной просоциальной настроенностью, усугублявшихся по мере развития психического расстройства. ПТСР формировалось в условиях длительного воздействия психотравмирующих факторов исключительно угрожающего или катастрофического характера, связанных с участием в боевых действиях, при этом в 47% к ним присоединялись острые, внезапно развившиеся стрессовые события. Во всех наблюдениях после развития ПТСР отмечалось выраженное снижение уровня социального функционирования, повседневная деятельность была подчинена смыслообразующему мотиву, связанному с тематикой ПТСР. В связи с этим у больных была нарушена структура взаимоотношений с окружающими, в 73% отмечалась трудовая дезадаптация, в 60% - семейная. В 85 % были совершены агрессивные противоправные действия, отличавшиеся жестокостью и внешней безмотивностью. Специфичным было формирование на фоне клинических проявлений ПТСР сложных сверхценно-паранойяльных комплексов и склонности к патологической интерпретации реальных событий, напоминающих ситуацию, вызвавшую развитие данного психического расстройства. По мере усугубления психотравмирующей ситуации, отмечался процесс бредообразования, с вовлечением психопатологических феноменов, сформировавшихся под воздействием психогении. Тематика бредовых переживаний, носивших интерпретативный характер, отражала психотравмирующую ситуацию, которая привела к формированию ПТСР, преобладали бредовые идеи отношения и преследования в том числе со стороны лиц, причинивших реальный вред. На фоне дополнительных вредностей, в частности, воздействия острой психотравмы, психосоматического перенапряжения, черепно-мозговой травмы, употребления психоактивных веществ течение заболевания утяжелялось за счет развития кратковременных острых психотических состояний более сложной структуры с явлениями деперсонализации и дереализации, элементарными обманами восприятия, частичной амнезией.

Заключение. Экспертное заключение о невменяемости основывалось на совокупности клинических феноменов, затрагивающих в первую очередь личностно-мотивационную и эмоционально-волевую сферу деятельности в период совершения противоправных действий. Ведущим в вынесении экспертного заключения являлась патологическая мотивация противоправного действия, отражающая тематику стрессовой ситуации, вызвавшей развитие ПТСР, невозможность адекватной регуляции поведения. Указанные особенности сопровождались нарушением способности к критической оценке сложившейся ситуации, выработке адекватных стратегий поведения и прогнозу своих действий.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛАХ О ПРИЗНАНИИ СДЕЛКИ НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ

Харитонова Н.К., Королева Е.В.
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва

Целью настоящего исследования является разработка теоретико-методологических принципов судебно-психиатрического исследования и создание системы экспертных оценок для оптимизации судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе.

Материалы и методы исследования. В основу работы положено изучение 600 судебно-психиатрических экспертиз, проведенных в гражданских делах по признанию сделки недействительной в соответствии со ст. 177 ГК РФ в период с 1998 по 2005 гг. в ФГУ «ГНЦССП» (74,2%) и МКПБ№1 им.Н.А.Алексеева (25,8%). В 23,33% на период заключения сделки была диагностирована шизофрения, в 51,67% - органические психические расстройства, в 15,83% - синдром зависимости от алкоголя, в 9,17% - аффективные расстройства в форме депрессивного эпизода. Исследование основано на сопоставительном анализе групп больных с различными видами экспертного решения с применением клинико-психопатологического и статистического методов с помощью программного пакта Statistica 6,0 rus.

Результаты исследования показали, что экспертное заключение о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими базировалось на системном анализе понятия «такое состояние» с использованием совокупности факторов: клинических, с учетом квалификации как структурных элементов патологии (симптом, синдром, патология), так и динамических характеристик, отражающих синдромокинез, а также социальных и личностных. При этом доказательное значение имели такие показатели, как нарушение семейной и межличностной адаптации, одиночество (77,8% у лиц, признанных несделкоспособными по сравнению с 53,3% у лиц признанных сделкоспособными, $p<0,001$); непродуктивность и неконструктивность деятельности по осуществлению сделки без учета интересов лица, ее заключившего (63,0% у лиц, признанных несделкоспособными, по сравнению с 1,4% у признанных сделкоспособными, $p<0,05$). Сравнительное изучение роли психотравмирующих факторов показало, что при их значительной распространенности в целом, лица, признанные несделкоспособными, были подвержены их воздействию в большей мере, сделки заключались при неблагоприятных обстоятельствах и являлись единственно возможным выходом из сложной жизненной ситуации (74,12% по сравнению с 35,46%, когда было вынесено экспертное заключение о сделкоспособности, $p<0,001$). Непосредственно перед заключением сделки под влиянием индивидуально значимого острого стрессового фактора, вызывавшего нарушение социальных ролей больного и ухудшение психического состояния, формировались новые более глубокие психопатологические нарушения. Изменение личностных ценностей, смыслов и установок в структуре патологического снижения личности при органических психических расстройствах и синдроме зависимости от алкоголя обусловливали нарушение критичности, регуляции поведения и прогнозирования последствий сделки.

Заключение. Экспертологический подход к решению вопроса о способности лица понимать значение своих действий и руководить ими применительно к ст. 177 ГК РФ позволил выделить новое понятие медицинский критерий несделкоспособности. Его специфичность в рамках правового понятия «такого состояние» заключается в том, что он, не исчерпываясь только психопатологическими расстройствами, представляет собой совокупность клинических, социальных, личностных и соматоформных признаков и включает в себя как стационарные состояния: синдром деменции, галлюцинаторно-параноидный синдром, синдром зависимости от алкоголя в конечной стадии, так и временные и динамические психические расстройства: в структуре органического психического расстройства, аффективных синдромов и синдрома нарушенного сознания.

ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СОСТОЯНИЯ ОДИНОЧЕСТВА У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Друзь В.Ф.[1], Олейникова И.Н.[2], Алимова Л.В.
Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург[1]
Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1, Оренбург[2]

В отечественной психиатрии не изучались клинико-социальные предпосылки развития состояния одиночества у пожилых психически больных. Между тем, одиноко проживающие пациенты составляют треть всех больных позднего возраста, наблюдающихся в психоневрологическом диспансере, и входят в группы высокого риска в отношении социальной дезадаптации.

Цель исследования: определение клинико-социальных факторов, способствующих развитию состояния одиночества у психически больных позднего возраста.

Материалы и методы. Клиническим и социально-психологическим методами обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшихся в психоневрологическом диспансере. Состояние одиночества выявлено у большинства пациентов (56,2%). Они составили основную группу, остальные больные - контрольную.

Результаты. Исходя из биопсихосоциальной модели генеза психических расстройств и оказания помощи больным, проводился сравнительный анализ по демографическим (пол, возраст), социально-бытовым (уровень образования, жилищные и материальные условия, инвалидность и др.), социально-психологическим (причины одинокого проживания, отношения с опекунами и соседями и др.) и клиническим (соматическое состояние, нозологическая форма заболевания, ведущий синдром) показателям. Установлено, что развитию состояния одиночества способствуют: женский пол, пресенильный возраст; плохие жилищные и материальные условия, инвалидность 2 группы; нарушенные отношения с опекунами и соседями, низкие уровни социальной поддержки и комплайенса, возникновение ситуации одинокого проживания в связи с утратой семьи из-за возрастных и социально-психологических факторов; тяжелая соматическая патология, сосудистые заболевания головного мозга, эндогенные аффективные психозы, психогении; параноидные, депрессивные, невротические и неврозоподобные состояния.

Заключение. Полученные данные необходимо использовать при оказании медико-социальной помощи одиноко проживающим психически больным позднего возраста.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Дьякова Н.В, Пищикова Л.Е., Мамонова И.П., Лазько Н.В., Кулагина Н.Е
ФГУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского», Москва

Ядром клинической картины деменции являются когнитивные нарушения. Для деменции характерно одновременное расстройство нескольких когнитивных функций, таких, как память, внимание, речь, праксис, гнозис, мышление, а также более тонких исполнительных функций - например, способности планировать, принимать решения, контролировать свои действия. Результаты нейропсихологических и геронтологических исследований позволяют не только определять степень измененности психических функций подэкспертных, но и выявлять у них сохранные компенсаторные возможности психики. Необходимо подчеркнуть, что диагноз деменция, не является синонимом недееспособности. Констатация недееспособности требует функционального анализа сохранившихся навыков и возможностей пожилого человека, позволяющих ему выполнять специфические действия в специфических обстоятельствах. В связи с этим, в гражданском процессе при экспертном установлении дее- недееспособности, а также сделкоспособности лиц пожилого и старческого возраста с психической патологией, особую значимость приобретает выявление их компенсаторных возможностей.

Кроме того, роль психолога-геронтолога в экспертной практике обусловлена также увеличением числа инволюционных параноидных психозов, при которых выявление и оценка бредовых расстройств на ранних этапах весьма сложна и неоднозначна. Это связано с трудностью выявления параноидной симптоматики у лиц пожилого возраста, имеющей часто обыденную фабулу (бред «малого размаха») и в последние годы отражающей имущественные конфликты. Характерным являются отсутствие выраженного интеллектуально-мнестического снижения и диссимуляция психопатологической продукции. Трудности вызывает и необходимость дифференциации между сверхценным, паранойяльным и параноидным уровнем расстройств. Поэтому одной из важнейших задач геронтопсихологического исследования выступает выявление идей данной модальности и диагностика их различных уровней.

Используемые геронтопсихологом методики позволяют обнаружить наличие у подэкспертных бредовых переживаний и конфабуляторных включений, которые могут не выявляться в клинической беседе, но проецируются в нейропсихологических тестах. Указанные продуктивные симптомы обнаруживаются при исследовании способности подэкспертных устанавливать логические связи, причинно-следственные отношения, понимать эмоциональное и смысловое содержание сюжетных картинок. Причем, чем больше деталей изображено на картинках, которые предлагаются подэкспертным для анализа, тем отчетливее выявляются бредовые переживания. Практика показывает, что в ряде случаев эти проявления вторичные по отношению к основному расстройству (органическое поражение головного мозга с когнитивными расстройствами не достигающими уровня деменции) при экспертной оценке становятся приоритетными.

Необходимо также отметить, что опыт практической работы свидетельствует о том, что нейропсихологическое тестирование должно включать два этапа. Первый этап (скрининговый) должен быть максимально упрощен и требовать не более 5-7 минут для своего выполнения. Его цель – убедиться в наличии когнитивных нарушений. Второй этап является более развернутым: его задача – не только подтвердить результаты первого этапа, но и определить нейропсихологический профиль больного.

Таким образом, привлечение нейропсихологических методов в судебную экспертную практику является современным перспективным подходом к психолого-психиатрической оценке психического состояния пожилых подэкспертных, выявлению бредовых расстройств, определению степени нарушения когнитивных процессов, а также сохранных компенсаторных возможностей психики.

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПЕРЕД СОВЕШЕНИЕМ ЮРИДИЧЕСКОЙ СДЕЛКИ

Комар М.В., Царева Е.В.
ГУЗ «Областной клинический психоневрологический диспансер», Тверь

О дним из важных направлений в решении проблемы защиты жилищных прав душевнобольных пациентов и пожилых людей может служить усиление нотариального контроля в данной сфере. Выяснить с достаточной полнотой, насколько добровольными и осознанными являются действия гражданина, совершающего сделку, для нотариуса сложно и не всегда выполнимо. Действующее законодательство не представляет ему возможности более объективно определять способность гражданина понимать характер совершаемых им действий, руководить ими и осознавать их правовые последствия путём назначения психиатрической экспертизы. Нотариус также не имеет право на обращение в медицинские учреждения с запросом о представлении необходимых данных, а также к специалисту-психиатру с просьбой о проведении освидетельствования гражданина и получения соответствующей справки, т.к. указанные сведения являются врачебной тайной.

В связи с вышесказанным, Нотариальная Палата Тверской Области в октябре 2007 г. обратилась к администрации ГУЗ ОКПНД с предложением рассмотреть вопрос о взаимодействии нотариата и психиатрической службы Тверской области. В ГУЗ ОКПНД было разработано и утверждено Положение о производстве консультативных исследований, на основании которого работает врачебная комиссия ГУЗ ОКПНД, занимающаяся решением вопросов несудебного консультативного исследования, когда имеет место заинтересованность сторон в дополнительных гарантиях чистоты сделки перед совершением операций с имуществом.

Основные условия и порядок производства консультативных исследований (КИ) определены Приказом главного врача ГУЗ ОКПНД, проводятся врачебной комиссией диспансера и включают следующие основные пункты.

1. КИ проводятся по личной инициативе граждан (обращение к психиатру, предлагаемое нотариусом, носит рекомендательный характер).

2. В случаях, если психиатр ранее проводил КИ, в последующем он не вправе участвовать в судебно-психиатрической экспертизе данного лица.

3. Юридическим основанием для производства КИ в ГУЗ ОКПНД является договор о проведении КИ, заключенный между лицом, обратившимся с просьбой о его проведении, как самостоятельно, так и через его представителя.

4. Факт проведения КИ фиксируется в медицинской карте, заведенной соответственно с общими правилами ведения медицинской документации, и хранится в архиве ГУЗ ОКПНД с заведением алфавитной картотеки. Перед проведением КИ гражданин письменно подтверждает свое согласие на участие в исследовании.

5. КИ носит прогностический по содержанию рекомендательный характер.

6. По результатам исследования, если у обследуемого лица не выявлены признаки, которые могли бы свидетельствовать о выраженных психических отклонениях, на руки выдается справка установленного образца. Если данные признаки выявлены, справка не выдается, а гражданину представляются разъяснения. Если у гражданина имеется психическое расстройство, и он(а) находится под диспансерным наблюдением или обращается в диспансер за лечебно-консультативной помощью, однако, по мнению комиссии, сохраняет способность к свободному волеизъявлению, выдается справка, в которой делается запись: в судебном порядке недееспособным не признавался.

Несмотря на то, что процедура обращения за добровольным психиатрическим освидетельствованием лиц, особенно граждан пожилого или старческого возраста, перед совершением имущественных сделок, не регламентирована в юридическом порядке, мы полагаем, что она служит существенной социально-правовой защитой пациента.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Логунова А.М.
ГУЗ «Областной клинический психоневрологический диспансер», Тверь

В результате сложившейся демографической ситуации в обществе, которая сопровождается «постарением» населения, становится все более актуальной проблема оказания социально-психологической помощи людям пожилого возраста. Изменение социального статуса (выход на пенсию, смена социальной роли в семье, потеря близких людей, утрата социальных связей) приводит к значительному изменению личности пожилого человека. Если не оказывать активного противодействия этому, то можно ожидать усиления начавшегося процесса отторжения пожилых людей от участия в жизни общества и как одно из следствий этого – ухудшение их здоровья. В Тверском диспансере получили широкое развитие различные формы психосоциальной реабилитации. На каждого больного, в том числе и на пожилых людей, заполняется индивидуальная программа психосоциальной реабилитации. Это позволяет глубже вникнуть в проблемы больного, определить различные методы его реабилитации, а также оказать инструментальную поддержку.

При диспансере созданы различные клубы по интересам и социокультурные группы, которыми широко охвачены и пациенты пожилого возраста. 14 лет назад при отделе социальной помощи диспансера совместно с геронтопсихиатрическим кабинетом был создан Клуб людей позднего возраста. Участниками Клуба стали пациенты пожилого возраста, прошедшие курс лечения в геронтопсихиатрическом дневном стационаре, а также находящиеся под наблюдением геронтопсихиатрического кабинета. Общее количество участников Клуба составляет 20-25 человек, среди них преобладают женщины (90%). Возраст членов Клуба колеблется от 60 до 80 лет. У всех членов Клуба отмечается отсутствие выраженных изменений в интеллектуально-мнестической сфере, что является одним из необходимых условий при отборе больных для участия в клубной деятельности. Преобладание расстройств депрессивного спектра во многом определило в дальнейшем специфику проведения заседания Клуба, где значительное внимание уделяется именно эмоциональному состоянию пациентов. Организаторы встреч – социальные работники - стремятся создать неформальную уютную обстановку, по возможности приближенную к домашней. Заседания Клуба проводятся 1 раз в 2 месяца, их средняя продолжительность составляет 2 - 2.5 часа. Организацию и проведение встреч осуществляют врач – геронтопсихиатр и специалист по социальной работе. В процессе клубной деятельности используются арт-терапевтические средства: музыкальные прослушивания, индивидуальная и групповая вокалотерапия, включая элементы терапии творческим самовыражением. Неоднократно организовывались выставки творческих изделий участников Клуба.

При диспансере работает также Клуб любителей поэзии и самодеятельных поэтов. За этот период было выпущено 6 сборников стихов и два альманаха. Треть участников Клуба составляют люди пожилого возраста. Все авторы сборников обращались к значимым для них темам, имеющим большое общественное звучание: Родина, тема родного края, любовь, Бог, воспоминание о детстве, одиночество. В клубе занимаются 12 человек. В последнее время большой популярностью пользуется Клуб классической музыки (возглавляет его пациентка пожилого возраста). Занятия проводятся 1 раз в месяц. Музыка благотворно влияет на пациентов, дает ощущение душевного подъема, укрепляет веру в улучшение состояния здоровья, мобилизует душевные силы на борьбу с недугами. За период работы клуба пациенты ознакомились с творчеством Моцарта, Бетховена, Брамса, Шопена, Паганини, с русской классической музыкой Глинки, Чайковского, Римского-Корсакова, Бородина, Прокофьева, Рахманинова. Совершенно очевидно, что участие в Клубах людей позднего возраста способствует сохранению у них оптимизма, самоуважения и человеческого достоинства. Поддержать достоинство пожилого человека, его уважение к самому себе и уважение общества к нему является нашей задачей.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВКЛАДА РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ СПУТАННОННОСТИ СОЗНАНИЯ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Меркин А.Г.[1], Ромасенко Л.В.[2]
Институт повышения квалификации ФМБА[1], Москва.
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского[2], Москва

Цель исследования: Сравнительная оценка значимости вклада различных факторов риска (возраст, степень тяжести травмы или недостаточности мозгового кровообращения (НМК), уровень гемоглобина, наличие текущей сосудистой патологии, нарушения веса) в прогноз развития спутанности сознания (СС) у пациентов 65 лет и старше с травматическими повреждениями и недостаточностью мозгового кровообращения.

Материалы и методы: Было обследовано 98 больных со спутанностью сознания (F05.x.) по МКБ-10. Из них 59 больных с травмой, 29 больных с НМК и 10 больных с сочетанием травмы и НМК. Комплекс клинико-лабораторных и клинико-инструментальных исследований включал в себя проведение общего анализа крови, биохимического анализа крови, компьютерной и магнитно-резонансной томографии головного мозга, рентгенографии, электрокардиографии, эхоэнцефалографии и электроэнцефалографии. Для оценки когнитивных функций проводилось психометрическое исследование при помощи шкалы MMSE. Влияние сосудистых факторов риска оценивалось по ишемической шкале Хачинского. Для оценки тяжести полученной травмы использовалась шкала оценки тяжести сочетанной травмы (AIS). Оценка веса производилась по индексу массы тела (ИМТ). Статистический анализ проводился при помощи метода логистической регрессии.

Результаты: 1) В развитии СС у больных с травматологической патологией наибольшее значение имеют тяжесть травмы и уровень гемоглобина. Сосудистые факторы, нарушения веса и возраст больного также имеют существенное влияние. 2)В развитии СС у больных с НМК наибольшее значение имеет уровень гемоглобина. Существенную роль также играют степень тяжести НМК, вклад сосудистых факторов, возраст и расстройства веса.

Заключение: Продемонстрировано неравнозначное влияние различных факторов риска на развитие СС у гериатрических больных с двумя ведущими соматическими диагнозами. Выявление разной роли факторов риска позволяет разработать дифференцированные индивидуально ориентированные стратегии профилактики и терапии СС отдельно для пациентов с различными формами основного соматического диагноза.

ДИАГНОСТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ

Одарченко С. С., Четвериков Д. В., Чеперин А. И.
БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодникова», Омск

В развитии преждевременного старения и затяжного течения климактерической перестройки большую роль играет психическая травматизация, имеющая индивидуально значимое для личности содержание. Для предупреждения болезненной реакции на биологическое увядание важны внутренние установка и готовность к старению, сохранение всех прежних социальных контактов и связей, избегание ситуаций одиночества, отринутости, планомерная подготовка к уходу на пенсию. В этой связи весьма актуальной проблемой становится изучение превенции непсихотических психических расстройств (НППР) – т.е. комплекса медико-социальных мероприятий, направленных как на повышение уровня психического здоровья лиц пожилого возраста, так и на раннее выявление доклинических форм пограничных психических расстройств. Актуальность данной проблемы возрастает в связи с масштабным реформированием отечественного здравоохранения, основным вектором которого являются профилактика и приближение специализированной помощи к конкретным социальным группам, в частности – создание Центров здоровья. Одной из особенностей организации работы Центров здоровья в Омской области является включение в их функциональную структуру врача-психотерапевта, который 1 раз в неделю проводит амбулаторный прием посетителей данного учреждения. В ходе общего исследования состояния здоровья посетителям предлагается пройти тестирование по опроснику HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии). При превышении клинически значимых показателей рекомендуется консультация врача-психотерапевта, проводится углубленное исследование состояния психического здоровья с предметным выявлением пограничных психических расстройств. Также посетители могут самостоятельно обратиться за консультацией к врачу-психотерапевту.

К преимуществам данной формы организации специализированной помощи является возможность получения квалифицированной консультативно-диагностической помощи, осуществляемой бесплатно и вне стен психиатрических учреждений. Подобная консультация не предполагает установление диагноза психического заболевания со всеми вытекающими социально-негативными последствиями для личности. При наличии психологических проблем проводится их психотерапевтическая коррекция, а при подозрении на психическое расстройство посетитель Центра здоровья направляется в Психотерапевтический комплекс областной психиатрической больницы. В этом отличие работы Центров здоровья от диспансеризации. Непосредственный контакт с врачом-психотерапевтом, его разъяснительная работа о возможностях лечения непсихотических нарушений, позволяет снять существующее у лиц пожилого возраста негативное отношение к психиатрической службе.

СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ В ЦЕЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Полищук Ю. И., Летникова З. В., Гурвич В. Б., Калиниченко Т. П.
Московский НИИ психиатрии, Москва

Проведение психосоциальной терапии в условиях комплексных центров социального обслуживания больных позднего возраста требует учёта фактора возраста, влияющего на клиническую форму и глубину тревожных расстройств.

Целью работы была сравнительно-возрастная оценка тревожных расстройств в пожилом и старческом возрасте.

Из общей выборки лиц позднего возраста (316 человек), посещавших два центра социального обслуживания, были сформированы 2 группы по 100 человек в каждой. В I группу вошли лица пожилого возраста от 55 до 70 лет. Во 2 группу вошли лица старческого возраста от 75 до 90 лет.

Сравнительный анализ частоты встречаемости разных клинических форм тревожных расстройств по критериям МКБ – 10 выявил значительное (почти в 3 раза) преобладание тревожных расстройств органической природы в старческом возрасте по сравнению с пожилым. При этом смешанное тревожное и депрессивное расстройство невротического генеза гораздо чаще (в 6 раз) выявлялось у лиц пожилого возраста. Кратковременные тревожные и тревожно-депрессивные реакции в 2 раза чаще выявлялись в старческом возрасте, тогда как пролонгированные тревожно-депрессивные реакции несколько чаще отмечались у пожилых. Тревожная дистимия в 1,5 раза чаще отмечалась у пожилых. Генерализованное тревожное расстройство и тревожно-фобическое расстройства выявлялись примерно с одинаковой частотой в обеих возрастных группах.

Установлены различия между двумя возрастными группами и по степени выраженности тревоги. Очень высокий уровень тревоги по шкале Тейлор в 2 раза чаще отмечался у лиц пожилого возраста. Высокий уровень тревоги также преобладал у лиц пожилого возраста (в 1.5 раза). Средний и низкий уровни тревоги чаще определялись у лиц старческого возраста. Полученные данные свидетельствуют о большей частоте и степени выраженности основных форм тревожных расстройств в пожилом возрасте по сравнению с лицами старческого возраста, за исключением тревожных расстройств органической природы.

КОМОРБИДНОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Ростовщиков В.В., Иванчук Э.Г.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Исследования коморбидности различного рода патологий указывают на высокую актуальность этой проблемы. В частности, в настоящее время во всём мире наблюдается рост аффективных расстройств, который отмечен не только в популяции в целом, но и в отдельных нозологических группах. Одной из таких групп являются сосудистые заболевания головного мозга.

Нами предпринята попытка проанализировать особенности развития депрессивных состояний в рамках перенесённого мозгового инсульта с целью выяснения сроков возникновения депрессий с момента произошедшей «церебральной катастрофы», специфичности такой симптоматики и взаимосвязи локализации очага поражения с определенными мозговыми структурами.

Были исследованы 75 больных, из них 43 мужчин и 32 женщины, в возрасте от 55 до 74 лет, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ишемического и геморрагического характера). Наблюдения проводились в течение шести месяцев с момента возникновения инсульта. С целью оценки статуса и динамики развития психопатологической симптоматики использовались клинико-психопатологический и нейропсихологический методы исследования, а для визуализации очагов поражения – метод компьютерно-томографической диагностики.

Среди всех исследованных больных депрессивные расстройства отмечались у 64% пациентов. У 12% из них депрессия развивалась в течение первых двух недель, т.е. ещё на этапе интенсивного стационарного лечения. У 43% - в течение от одного до четырёх месяцев, и у 45% - в более поздние сроки.

Отмечено, что депрессивные симптомы могли быть как эндогеноморфные, так и реактивные, возникающие, по видимому, как осознание пережитой угрозы здоровью и социальному статусу. Последние выявлялись наиболее часто при достаточной сохранности когнитивных функций.

В рамках меланхолического варианта постинсультных депрессий чаще всего наблюдалась анергическая и апатическая симптоматика, где тревожный компонент был незначителен. В то же время в рамках реактивного депрессивного реагирования уровень тревоги был достаточно высок и часто коррелировал со степенью когнитивной сохранности. Примерно у 5% больных депрессии протекали атипично, проявляясь соматическими и вегетативными жалобами.

При нейропсихологическом исследовании и компьютерной визуализации выявлялись следующие корреляты: меланхолические варианты депрессии были взаимосвязаны с поражением лобно-височных отделов левого полушария и ствола мозга, что давало клинически наиболее типичные симптомы эндогенной депрессии. Правополушарное поражение не давало четких корреляций с особенностями клиники депрессивных состояний. Нейропсихологическое исследование выявляло практически весь спектр когнитивных расстройств – снижение слухоречевой и зрительной памяти, ухудшение различных видов праксиса, гнозиса, внимания.

Таким образом, проведенное нами исследование показало высокую частоту депрессивных расстройств у больных, перенесших церебральный инсульт.

ДУХОВНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ

Смирнова Т.А., Пищикова Л.Е.
ФГУ «ГНЦСиСП им.В.П.Сербского», Москва

Успехи современной медицины вдохновляют, а поиски новых путей лечения многих болезней. Однако, и старение, и вязанные с ним проблемы психических заболеваний позднего возраста, несмотря на все достижения современной науки, остаются одной из актуальнейших проблем психиатрии. Так, по оценке ВОЗ, около 29 млн. человек в мире страдают от деменций различного генеза и болезни Альцгеймера, а к 2025 г. число таких пациентов может возрасти до 35 млн. человек. Это дает право многим исследователям говорить об эпидемии деменций.

По мнению К.Ясперса, научные положения имеют ограниченную и преходящую ценность в зависимости от применяемого метода. Так, в христианской антропологии личность рассматривается в единстве духовных, душевных и телесных проявлений. Единство это достигается только при условии преобразующего влияния сферы духа. Выдающийся отечественный психиатр Д.Е.Мелехов, посвятив свой основательный труд изучению триединства человека (дух-душа-тело), отмечал, что в XX веке в психологии и психиатрии возникла императивная необходимость синтетического рассмотрения психических проявлений человека в норме и патологии во всей полноте его духовного и психофизического бытия. В последние десятилетия можно отметить целый ряд работ по исследованию отдельных аспектов данной проблемы (Ф.В.Кондратьев, Ю.И.Полищук, Б.А.Воскресенский). Как справедливо отмечает Д.А.Авдеев, духовный подход не подменяет медико-биологического взгляда, но обогащает, дополняет и завершает представление о личности.

С нашей точки зрения, исследование глубинной сущности духа и духовный подход к больному представляют особую актуальность в поиске путей решения насущных проблем геронтопсихиатрии. Ведь, «если преобладающая материя может управлять духом и даже совершенно оцепенить его, то чего не может сделать дух над материею, назначенный управлять ею!?» (Н.И.Пирогов).

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МОДУЛЬ КАК СРЕДСТВО ПОДДЕРЖКИ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ

Шеденко М. И., Долгановская Н. Н., Богачев М. А., Андреева М. В.
БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», Омск

Хронические заболевания мозга становятся все более распространенными среди пожилых людей. Слабоумие возглавляет список наиболее распространенных заболеваний, с которым конкурируют только цереброваскулярные и скелетно-мышечные заболевания. По мнению многих авторов, 5-7 % пожилых людей старше 65 лет страдают синдромом деменции, среди лиц старше 80 лет эта цифра достигает 20%. Встречаемость более лёгких когнитивных расстройств пожилых ещё более велика и достигает, по некоторым данным, от 40 до 80 % в зависимости от возраста. Снижение когнитивных (познавательных) функций вплоть до развития деменции представляет собой одну из сложных медицинских и социальных проблем в пожилом и старческом возрасте. А современная тенденция к увеличению продолжительности жизни и соответственно к увеличению числа пожилых лиц в популяции делает эту проблему крайне актуальной. Повысить уровень жизни людей, страдающих слабоумием, и помочь их родственникам можно посредством социальной и психологической поддержки. На этом фоне приобретает значимость реализации полипрофессионального подхода в отношении родственников дементных больных. Ведь именно они обычно вовлечены в уход и первыми сталкивается с возникающими проблемами. Психосоциальная терапия дает представление о причинах и путях развития геронтологической патологии, об основных принципах ухода и амбулаторного лечения. Конструктивное участие родственников в процессе психосоциальной терапии и реабилитации является залогом повышения социальной реадаптации больных. Психообразовательная работа, как показывает опыт, является важной частью психосоциальной реабилитации пациентов.

На базе гериатрического отделения Омской КПБ им. Н.Н.Солодникова был разработан психообразовательный модуль для родственников пациентов «Поддержка в семье пациента, страдающего деменцией». Данный модуль создан на основе модуля « Поддержка в семье». В структуре модуля 10 занятий с психообразовательной направленностью, раскрывающих понятие деменций, их виды, клинику болезни, причины развития, основные принципы лечения, прогноз. Делается акцент на социально-правовых вопросах, что наиболее актуально, т.к. большинство пациентов либо недееспособны, либо близки к этому. Обсуждается тема обеспечения ухода за дементными больными в домашних условиях. Причем последним уделяется наибольшее внимание, затрагиваются вопросы содержания больных дома, обеспечения безопасности, организации режима дня, питания, правила проведения гигиенических процедур, обсуждаются правила поведения и общения с больным. Даются рекомендации, как себя вести при проявлении у больного агрессии, возбуждения, нарушений поведения. Рассказывается, как справиться со стрессом, возникающим при уходе за больным человеком. Родственники включаются в психообразовательную работу уже на этапе поступления пациента в стационар. Использование данного модуля дает укрепление взаимосвязей между пациентом и его родными, между родственниками и врачом, между врачом и пациентом. По окончанию занятий родственники получают знания и опыт в решении возникающих проблем при совместном проживании с дементными больными, понимание данных расстройств, что облегчает осуществлять уход за ними. Повышаются функциональные возможности больных, они лучше реагируют на окружающую обстановку и других людей, повышается уровень различных видов деятельности в повседневной жизни, особенно в сфере обращения с предметами повседневного пользования, навыка самообслуживания. Учитывая полученные результаты, а также потребности родственников и пациентов, тематика модуля постоянно расширяется.

ИСХОДЫ ДЕПРЕССИЙ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ФАКТОРОВ СТАРЕНИЯ

Яковлева О.Б.
НЦПЗ РАМН, Москва

Цель исследования: изучение исходов депрессий в позднем возрасте на различных этапах длительного катамнестического наблюдения и влияние на их формирование как клинических параметров, так и факторов процесса старения (церебро-морфологического, психо-органического, коморбидной соматической патологии и др).

Материал и методы. Группа из 104 госпитализированных депрессивных больных в возрасте от 60 до 86 лет (68,6 лет в среднем) была обследована клиническим, клинико-катамнестическим и нейроимейджинговым методами на этапах 1, 3, 6 и 9-го годов катамнеза. Критериями включения было наличие большого депрессивного эпизода разных нозологических категорий DSM-IV и отсутствие первичного органического заболевания. Благоприятными исходами депрессий считались интермиссии или рецидивирование с ремиссиями хорошего качества, неблагоприятными - рецидивирование с «неполными» ремиссиями или резидуальная хронификация депрессий.

Результаты. Выявлена тенденция к снижению доли неблагоприятных исходов на протяжении длительного катамнестического наблюдения (46,1%, 36,7%, 21,4%, 11,4% больных) за счет увеличения умерших (7,7%, 17,2%, 28,6%, 40%) и вышедших в деменцию больных. Смертность больных с благоприятными и неблагоприятными исходами достоверно различалась начиная с 3 года катамнеза (5,4% vs 26%, 5,6% vs 45,8%, 10,3% vs 60,9% соответственно при $p< 0.01$) и была значительно выше в случаях с неполными ремиссиями, чем при хронификации депрессий (72% против 43,7%). Частота развития деменции была выше при хронификации депрессий, чем у больных с неполными ремиссиями (37,5% и 8,0% при $p=0.02$).

Неблагоприятные исходы с неполными ремиссиями достоверно коррелировали с высокой частотой рецидивирования в старости (К=0,57), тяжестью депрессии (0,52) и наличием тревоги (0,27) и ажитации (0,36) в ее структуре. Из возрастных факторов основную роль играли отягощенность соматическими заболеваниями факторов сосудистого риска (0.26), обострения их на фоне фазы (0,44) и плохая переносимость психотропной терапии (острые осложнения).

Хронификация депрессий была достоверно связана с поздней манифестацией заболевания (0,31) и наличием бредовых депрессий (0,31). Наиболее значимым возрастным фактором являлся психоорганический с наличием острых выраженных когнитивных расстройств на фоне фазы (0,26), неполной их обратимостью (0,33) и структурных церебральных изменений в виде подкорковых очаговых поражений (0,33), а также корковой (0,26) и мозжечковой атрофии (0,40).

Заключение. Повышенная смертность и увеличение частоты развития деменций у больных с депрессиями позднего возраста связаны не с самим депрессивным заболеванием, а его неблагоприятным течением. Вариант с неполными ремиссиями и формированием «двойных» депрессий является фактором риска смертности больных, а хронификация поздних депрессий способствует развитию дементирующего заболевания. Установлены клинические и возрастные предикторы формирования обоих типов неблагоприятных исходов депрессий в позднем возрасте.

ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Ярилова И. Ю., Одарченко С.С.
Санаторий-профилакторий «Рассвет»,
Клиническая психиатрическая больница Имени Н.Н. Солодникова», Омск

Теоретико-методологические и клинические данные свидетельствуют о сложности проблем лечения и превенции невротических расстройств позднего возраста, формирующихся на фоне выявленного онкологического заболевания. Мы обязаны достичь интеграции как чисто медицинского аспекта рассматриваемой проблемы, так и социальных компонентов. Следует учитывать определенную социальную незащищенность пожилого человека, страдающего онкологическим заболеванием, негативные соматические последствия химиотерапевтического и хирургического лечения, которые способствуют личностной невротизации и дезадаптации. Нельзя не учитывать социальные представления о “фатальности” и “неизлечимости” онкологических заболеваний, приводящих личность к экзистенциальному кризису, который потенцируется возрастными изменениями.

Основные принципы социальной психотерапии с данным контингентом пациентов: придание межведомственного характера всей системе общественной поддержки пожилых людей, страдающих новообразованиями; комплексность и дифференцированность лечебно-предупредительных программ; поэтапность и индивидуализация воздействия с обязательной оценкой типологической личностной структуры и продолжительности клинико-нейродинамических сдвигов; оценка сопутствующих и предрасполагающих патогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов, способствующих фиксации невротических и патохарактерологических симптомов; учет клинических и нейрофизиологических параметров, отражающих степень сохранности адаптационно-регуляторных механизмов старения; разработка оригинальных режимов наблюдения и ведения пожилых лиц (на базе трехэтапного лечения пограничных пациентов – «кризисного», «базисного» и «регредиентного»), предусматривающих последовательное восстановление социального взаимодействия (в семье, с близкими и с бывшими сослуживцами, с соседями и др.).

На начальной стадии социальной психотерапии при невротической и характерологической патологии, сформированной на фоне онкологического заболевания, успех достигается от применения в амбулаторных условиях психотерапевтического комплекса (ПТК), включающего в себя одномоментное или последовательное применение рациональной, гипносуггестивной психотерапии, аутогенной тренировки; в ряде случаев целесообразно использование общеукрепляющих и седативных лечебных воздействий. На более поздних этапах, особенно при распространении неопластического процесса, сложном прогнозе, тяжелых последствиях специфического онкологического лечения, акцент в лечении невротических расстройств смещается в сторону паллиативной психотерапии. Психореабилитационная программа такого рода пациентов может иметь следующие приоритетные направления: 1) психо - и фармакотерапевтическая коррекция психоэмоциональных нарушений; 2) воздействие на боль и другие соматические симптомы; 3) психотерапевтическая работа, ориентированная на личность больного по изменению «Я-концепции», поиск новых жизненных приоритетов, ценностей, установок, способствующих улучшению качества жизни пациентов; 4) психотерапия семьи.

Непосредственное внедрение данной программы осуществляется при помощи создания психотерапевтического кабинета, организующего комплексную работу врача-психотерапевта с лечащим врачом-онкологом.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Спиртус А.М.
ФГУ «ГНЦ ССП им.В.П.Сербского», Москва
Городской Онкологический диспансер № 3, Москва

С целью изучения психического здоровья женщин со злокачественными опухолями репродуктивной системы были обследованы 158 пациенток. Возраст обследуемых составил от 28 до 70 лет, все они имели верифицированный диагноз рака, и после радикальных хирургических операций находились на различных этапах диспансерного наблюдения. Из изученного контингента 110 человек (70,97%) составили пациентки с раком молочной железы, 48 (30,3%) – с онкогинекологической патологией. У 107 (67,7%) обследованных пациенток были выявлены нозологически очерченные психические расстройства пограничного уровня (F43.22 – 29,75%; F48.0 – 12,02%; F43.21 - 10,76%; F06.6 - 5,7%; F41.2 - 4,43%; F43.8 - 2,53%); у 51 (32,3%) пациентки – донозологические расстройства, которые представляли из себя нерезко выраженные, атипичные симптомы, не укладывающиеся в какую-либо диагностическую рубрику МКБ-10. Было проведено психотерапевтическое лечение, включающее: у 38 пациенток - суггестивную методику (гипнотерапия по Р.Тукаеву, аутогенная тренировка, релаксация по Джекобсону), и у 15 - рациональную психотерапию (когнитивно-поведенческая, краткосрочные образовательные программы). Выбор психотерапевтической техники определялся результатами обследований по опросникам «Индикатор копинг-стратегии» и «Индекс жизненного стиля». Преобладание таких механизмов личностных защит, как «отрицание», «вытеснение», «регрессия» предполагали использование суггестивных методик, женщинам с высокими показателями по использованию механизмов «компенсация», «замещение», «интеллектуализация», «реактивное образование», «проекция» были предложены когнитивно-поведенческие техники. Поскольку первая группа механизмов являются «блокирующими, а вторая – искажающими, можно предположить, что суггестивные техники будут более эффективными в первом случае, а рациональная психотерапия во втором. Курс гипнотерапии в основной лечебной группе длился от 6 до 10 месяцев, курс когнитивно-бихевиоральной терапии от 1,5 до 7 месяцев. Состояние пациенток терапевтической группы и группы, не проходивших психотерапию, оценивалось в динамике через 6-8 месяцев после первичного обследования.

В результате проведенной терапии среднее значение по шкале депрессии Гамильтона среди всех пациенток, проходивших психотерапию составило 4,58±0,14 после лечения против 10,4±0,4 до лечения ($p<0,001$). Показатели тревоги по шкале Гамильтона составили 9,39± 0,41 до психотерапии и 3,33± 0,16 после проведения психотерапевтических мероприятий ($p<0,001$). Отмечалось также достоверное улучшение КЖ по всем показателям. Обе психотерапевтические методики показали приблизительно одинаковую эффективность. После проведения психотерапии отмечалось достоверное снижение интенсивности соматических жалоб, что свидетельствует о положительном влиянии психотерапии на вегетативный компонент тревоги и депрессии, уменьшение астении. У пациенток, не проходивших психотерапию, статистически значимых сдвигов в уровне тревоги, депрессии, по показателям КЖ и данным других клинических опросников не отмечалось.

Таким образом, дифференцированное психотерапевтическое вмешательство является эффективным методом лечения пограничных психических расстройств у пациентов онкологического профиля, предупреждает хронизацию аффективных нарушений и повышает показатели качества жизни.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА В СЛЕДУЮЩИХ ПОКОЛЕНИЯХ

Качалов П.В.
ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», Москва

Внимание современного психоанализа всё более обращается на последствия массовой психической травматизации в России XX века. Одним из таких последствий является психическая «негативность», подразделяемая A.Green (2010) на две формы - интериоризованную и перверсную. С позиций клинического психоанализа, в современной России обе эти формы (массивные подавления и искажения процессов мышления) обнаруживаются как последствия перенесенных предыдущими поколениями психогенных аффектов. Таковыми были перманентная угроза физической гибели в кампаниях террора, пережитая первым поколением (поколением «дедов») в 1920-1950 гг. в жестокой утопии раннего СССР, а также менее очевидные (нарциссические) психические травмы, перенесенные вторым поколением (поколением «отцов») в 1950-1990 годы при «реальном социализме». «Интериоризованная негативность» в третьем поколении (поколении «внуков») проявляется у них постоянными неудачами, неспособностью воспользоваться предоставляемыми жизнью шансами и даже собственными способностями. Здесь отчётливо звучит тема самонаказания, где грехи предков возложены на внуков и возлагаются внуками на самих себя. «Перверсная негативность» окрашена обширными семейными тайнами, где привычная ложь всей семьи рождает привычку индивида к постоянной лжи; столкновения с другими людьми приводит к развитию завистливой ненависти, когда «другой» человек обвиняется в неспособности страдать за них и вместо них. В таких семьях веры нет никому и ничему, а семейные тайны поддерживаются насилием и унижениями младшего поколения – старшим, что в дальнейшем компрометирует все авторитеты. При психоанализу эти «семейные тайны» предстают в форме «секретов Полишинеля». Подавленные следы воспоминаний о негативных аффектах трёх поколений постоянно оживляются извне: будь то художественная литература, СМИ, анекдоты прошлых лет и даже школьные учебники истории. Счёт травмированных в XX веке шёл на десятки миллионов, т.е., у современных российских граждан в поколении «дедов» каждый был либо жертвой, либо палачом, либо соучастником «массового террора». В поколении «отцов» речь уже шла о нарциссических травмах, когда при «неправильном» заполнении бесчисленных анкет, пополняющих бесчисленные «личные дела», приходилось без конца повторять бесчисленную ложь об истории семьи и своих родных ради «социального успеха» и «карьерного роста». Клинически у пациентов из третьего поколения вся психическая проблематика осложнена массивными подавлениями вторичного (логического) процесса мышления. Обращения пациентов происходят по поводу абортивных моносимптомов или расплывчатых жалоб на жизнь. При этом сопротивление варьирует от псевдодебильной тупости до изысканных интеллектуального непонимания, «о чём вообще речь». Внутренняя работа первичного (алогического) мышления идёт полным ходом и прорывается то в виде кратковременных психозов с идеями преследования, то в опасных (для себя или для других) действиях, то в соматизациях. Аффекты стыда за трусость и/или подлость предыдущих двух поколений являются основными препятствиями к психоанализу, являющемуся лечением «дискурсом правды» (A.Green, 1969). Истолковывая более звучание речи, чем её формальный смысл (C.&S. Botella, 1988), широко прибегая к «конструкциям в анализе» (S.Freud, 1937), российскому психоаналитику начала XXI века приходится быть в определенной мере и историком, чтобы, трансформировать «пустую речь» пациента в «речь полную» (смысла), по J.Lacan, 1977.

ГРУППОВАЯ РАБОТА С ПАЦИЕНТАМИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Лычкова Ю.В., Бервинова Н.В.
БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», Омск

Специфика групповой работы с людьми, страдающими психическими расстройствами, 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. Это требует от психолога специализации в области психиатрии, знаний основ доврачебной помощи при работе, с людьми, страдающими психическими расстройствами. Особое значение имеет активность психолога, высокий уровень четкости и конкретности при проведении занятия. Целесообразно использовать план занятия и резюмировать выполнение каждого его пункта, прежде чем переходить к следующему. Позиция ведущего должна быть директивной, допускается вмешательство в процесс обсуждения, оно должно быть кратким и фокусированным. Необходима постоянная стимуляция ответственности членов группы за содержание занятия.

Основными задачами, решаемыми в ходе групповой работы, являются предотвращение аутизации и изоляции в обществе, социальная активизация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением, дезактуализация психических переживаний, стимуляция когнитивной сферы, эмоциональности и творческой активности, выработка адекватных форм поведения.

При комбинированном использовании фармакотерапии и психосоциальных методов реабилитации улучшается качество жизни больных. Эффективность проводимой психосоциальной работы выражается в снижении числа госпитализаций и рецидивов болезни, повышении социальной адаптации, мотивации к продуктивной деятельности, частичном восстановлении трудоспособности, творческой самореализации, появлении новых коммуникативных структур у людей, страдающих психическими расстройствами.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ, ФОБИЧЕСКИХ И АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ

Любченко М.Ю., Гершман В.В., Столярова В.В.
Карагандинский государственный медицинский университет, Казахстан, Караганда

Целью исследования являлось определение эффективности групповой психотерапии у пациентов с невротическим уровнем расстройств.

Материалы и методы исследования. Проводилась групповая психотерапия 9-ти пациентам. Среди участников группы - 4 мужчин и 5 женщин, возраст от 19 до 45 лет. 4 пациента ранее проходили стационарное психиатрическое лечение, 5 пациентов обращались за амбулаторной помощью. Спектр психопатологических расстройств был представлен следующими нозологическими формами: соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3), расстройство адаптации (F43.2), социальная фобия (F40.1); обсессивно-компульсивное расстройство, смешанные обсессивные мысли и действия (F42.2). Групповая психотерапия проводилась в течение 6 месяцев, занятия проводились 1 раз в неделю по 2 часа. Групповая работа начиналась и заканчивалась шеррингом, во время которого происходил обмен информацией об эмоциональном состоянии участников на момент присутствия в группе и о значимых событиях прошедшей недели. В терапевтическом подходе использовалось экзистенциально - гуманистическое направление, гештальт - подход.

Результаты исследования. Наиболее ценным для каждого участника группы явился опыт принятия своих возможностей, своей уникальности и личностной целостности без игнорирования наличия факта перенесенного заболевания. Опыт жить настоящим, без чувства вины, ущербности за перенесенный болезненный эпизод. Основной целью психотерапии при невротических расстройствах являлось изменение нарушенной системы отношений больного, коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, необходимой предпосылкой которой является осознание больным причинно-следственных зависимостей между особенностями его системы отношений и заболеванием.

В процессе работы группы большое внимание уделялось восстановлению навыков творческого приспособления, являющихся одними из главных составляющих психического здоровья. Творческое приспособление, способность к восстановлению которого является целью психотерапии, характеризуется индивидуальной направленностью, в отличие от адаптации, зачастую констатирующей лишь статистическую социальную норму.

Заключение:

1. Групповая психотерапевтическая работа в амбулаторных условиях может проводиться долгосрочно среди пациентов с различной психической патологией.

2. При невротических расстройствах применение групповой психотерапии способствует достижению полноценной социальной и трудовой адаптации.

3. Важным аспектом амбулаторно-поликлинической психиатрической помощи является ориентирование пациента на противорецидивное лечение, как психофармакологическое, так и психотерапевтическое (индивидуальная, семейная, групповая психотерапия).

КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХИРУРУГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Плотникова Н.С., Раева Т.В.
ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», Тюмень

Целью исследования было изучение структуры и выраженности пограничных психических нарушений у пациентов общехирургического отделения в предоперационном периоде, а также подбор эффективных методов их психотерапии.

На базе хирургического отделения было обследовано 40 человек, проходивших оперативное лечение в плановом порядке. Использовался клинико-психопатологический метод исследования, который дополнялся рядом клинических шкал (выраженности психопатической симптоматики (SCL-90-R), госпитальной шкалой тревоги и депрессии, шкалой субъективной оценки астении (MFI-20), а также психологической методикой диагностики уровня тревожности Спилбергера-Ханина.

В результате проведенного исследования выявлено, что у большинства больных в предоперационном периоде наблюдались фобические (87,5%) и тревожные (82,5%) нарушения. Астенические расстройства обнаружены у 12% обследованных, депрессивные – у 10% и ипохондрические – у 10%, причем чаще отмечались структурно-сложные состояния в виде тревожно-фобических (85%) и тревожно-депрессивных (22,5%), в меньшей степени астено-депрессивных расстройств (10%). По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии, клинически выраженная тревога выявлена в 17,6% случаев, депрессия – у 5,9%, субклиническая тревога – у 64,7%, депрессия – у 29,4% обследованных. Пациенты выявляли поглощенность своим телесным состоянием, имели выраженную потребность в заботе, уходе и теплом отношении со стороны окружающих. Негативное влияние на эмоциональное состояние больных оказывала ситуация непривычной обстановки нахождения в стационаре, отрыв от привычного круга общения, изменение режима, чувство телесной незащищенности, неизвестность, опасения последствий операции и исхода восстановительного периода. Клиническое исследование подтверждалось результатами шкалы Спилбергера-Ханина: высокая реактивная тревожность обнаружена в 76,7% случаев, а высокая личностная тревожность – в 60%. По результатам MFI-20, общая астения имелась у 54,3% больных, физическая – у 45,7%, снижение активности – у 40%, снижение мотивации – у 31,4%, психическая астения – у 25,7%. Нами была проведена когнитивная психотерапия выявленных психических расстройств у больных перед оперативным вмешательством. Работа заключалась в выявлении и проработке базовых иррациональных установок, обучению методике самоинструкций и способам релаксации. Исходя из актуальных переживаний больных, их поэтапно обучали навыкам самопомощи, снимая внутренний запрет на отрицательные чувства, а также поощряя их открытое выражение. Производилась дифференциация отдельных эмоций в сложной гамме чувств, возникающих перед операцией, и соответствующего им когнитивного содержания, ставилась задача разведения субъективного состояния и объективной реальности. Пациентов побуждали рассматривать собственные мысли как гипотезы, а не факты реальности, возражать собственным иррациональным убеждениям. Поскольку дисфункциональные мысли, чаще тревожного и катастрофического содержания, и сопряженные с ним неприятные эмоции возникали у больных многократно в течение дня, их обучали постоянному самонаблюдению пусковых ситуаций своих чувств и мыслей. Конечной целью терапии ставилось развитие семантической точности, позволяющей адекватно оценивать реальность. Все пациенты отметили положительный эффект в виде снижения уровня тревоги, напряжения, появление большей уверенности в благоприятном исходе операции.

Таким образом, пациенты хирургических отделений в дооперационном периоде нуждаются в проведении психотерапевтического вмешательства для профилактики и терапии возникающих пограничных психических расстройств. Наиболее эффективным методом в условиях ограниченного времени и преобладания тревожно-фобических расстройств является применение техник когнитивно-поведенческой психотерапии.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕСТВЕ ПОСТТОТАЛИТАРНОЙ КУЛЬТУРЫ. ПОПЫТКА ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ОСМЫСЛЕНИЯ

Потапова В.А.
ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», Москва

Клинический патоморфоз психических расстройств отражает патоморфоз социо-культуральный и диктует необходимость нового осмысления происходящих процессов в диалектике индивидуум-общество.

Наше исследование, проведенное в психоаналитической парадигме, посвящено изучению феноменологии психических расстройств в обществе посттоталитарной культуры. Эксплозивный характер социально-экономических перемен последнего столетия, касающихся сущностных устоев общества, пережитой в поколениях травматизм «тоталитарного века», по нашему мнению, ведут к накоплению и межпоколенческой передаче травмирующих факторов, отражаясь в определенных психических феноменах. Мы исследуем психические процессы на уровне противостояния Эроса (влечения к жизни) и Танатоса (влечения к смерти), а также первофантазмов («Urphantasie»), исходных первичных сценариев, впервые описанных Фрейдом в работе «Тотем и табу»: первосцены, соблазнения и кастрации.

В психоаналитическом ракурсе убийство царской семьи, происшедшее без какого либо суда и следствия, представляло собой атаку на первосцену, на естественные законы развития жизни, и, очевидно, носило оттенок ритуального тотемического пожирания (известно, что тела были закопаны в глубокой яме и покрыты мгновенно разъедающей известью). Увы, вместо реализации фантазмов эдипового уровня, произошло регрессивное отреагирование грубых каннибалистических влечений, впоследствии вытесненных и трансформировавшихся у сынов, вырвавших, наконец, такую завидную и желанную власть у отца, в чувства всемогущества и грандиозности. Под триумфальным слоганом: «кто был ничем – тот станет всем» квази-бредовые идеи и проекты пронизывали все сферы социальной и культурной жизни России: от поворота рек северной Сибири и мировой революции до создания «нового человека светлого коммунистического будущего».

Анализируя формирование психических защит и репрезентаций в таком историческом и социальном контексте, мы задаем вопрос – возможно ли представить уничтоженный объект и какую психическую конфигурацию может иметь такая репрезентация? На место уничтоженного эдипового Сверх-Я (носителя представлений о морали, нравственности, совести и законе) приходит запрещающее и подавляющее развитие архаического Сверх-Я. Тогда, единственным компромиссом становится сотворение «ложного Я», ложной идеализированной реальности, нашедшим отражение во многих социальных и культурных явлениях общества советского и постсоветского периода («моральный кодекс строителей коммунизма», «единая общность – советский народ", фальшивая идеология двойных стандартов и прочее).

Французский психоаналитик Жаннин Шассге-Смиржель, исследуя феномен тоталитаризма, считает, что создатель ложного стремится избежать, отбросить самый тяжелый момент отношений со своим сожранным праотцом, а именно момент, связанный с интроекцией значимых отцовских атрибутов. Выгода очевидна: он создает иллюзию, что нет необходимости ждать, развиваться, работать, дорасти до отца, отрицая тем самым принцип отсроченности удовольствия, который, в свою очередь, определяет принцип реальности. Остается поддерживать иллюзию, что нет ни боли потери, ни смерти, и, наконец, вины и наказания (кастрации, в контексте инфантильной сексуальной теории) за совершенное.

В таком психическом приспособлении, происходящим в тоталитарную эпоху, время и психическое развитие останавливаются, что и отражает современный клинический патоформоз, выражающийся в недостаточности процесса ментализации, способности к ярким психическим репрезентациям, к фантазированию, с превалированием клиники пограничных и психосоматических расстройств.

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ

Москва
12-14 декабря 2011

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

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

Более десяти лет в Томской области идет процесс реформирования психиатрической службы с переориентацией помощи с чисто медицинской модели на биопсихосоциальную. Центральным моментом изменения деятельности является деинституционализация, включающая сокращение психиатрических коек, профилактику регоспитализации, развитие внебольничной помощи. Сокращение круглосуточных коек с 1600 до 1085 за прошедшее десятилетие проводится одновременно с увеличением коек в дневных стационарах диспансерных служб, изменения структуры психиатрических участков. В стационарной помощи проведена профилизация отделений по нозологическому принципу с открытием следующих отделений: первичного психотического эпизода, геронтологического, принудительного лечения специализированного и общего типа, пограничных состояний, наркологического, инфекционного, туберкулезного, детско-подростковых. Полипрофессиональный подход прочно внедрен в лечебно - реабилитационные программы и широко применяется как в стационаре, так и в амбулаторной службе. Созданные отделения психосоциальной реабилитации на всех уровнях оказания помощи позволили вовлечь в реабилитационный процесс большую часть пациентов, оказывать помощь в наименее ограничительных и стигматизирующих условиях на основе принципа партнерства. Стала возможным преемственность в ведении пациентов между стационаром и диспансером, применение фармакотерапевтических программ с применением атипичных нейролептиков, современных антидепрессантов, нормотимиков. Сотрудничество с НИИ психиатрии СО РАМН, кафедрами психиатрии медицинского университета позволяют значительно повысить профессиональный уровень специалистов больницы и улучшить лечебно-диагностический процесс. Достигнуты положительные результаты деятельности психиатрической службы со снижением длительности пребывания пациентов и увеличением оборота коек.

ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Е.Н. Альшина, Г.В. Мамин (Челябинск)

Проблема дебюта шизофрении актуальна, т.к. страдают люди молодого возраста. Цель терапии - быстрое купирование позитивной симптоматики и предотвращение социальной дезадаптации в дальнейшем. Обследовано 120 чел. с первым эпизодом параноидной шизофрении. Средний возраст 23,5±0,5 года. Длительность наблюдения 3±0,5 года.

Основная группа (TI) - лица с тенденцией к эпизодическому типу течения (53,3%). Предположить эпизодическое течение позволило острое начало заболевания с аффективно-параноидной симптоматикой.

Группа сравнения (TII) - лица с тенденцией к непрерывному течению (46,7%). Предположение о непрерывном течении основывалось на наличии в анамнезе коротких психотических эпизодов, метафизической интоксикации, постепенном начале с преобладанием эмоционально-волевых нарушений. В структуре психоза не было аффективных нарушений.

Купирование острой симптоматики в обеих группах проводилось галоперидолом. В последующем применялись атипичные антипсихотики, проводилась психотерапия. В каждой группе выделилась подгруппа, куда вошли больные, отказавшиеся от психотерапии (TI-1, TI-2,TII-1, TII-2).

В группе TI-1 (25,8%), в которой проводилась психотерапия, сроки госпитализации составили 1,5±0,5 мес.; повторные госпитализации отсутствовали; 75% больных были активны в социальном плане. В группе TI-2, отказавшихся от психотерапии (27,5%), сроки стационирования возросли до 2±0,5 мес.; в среднем было 2 повторных госпитализации; у 63% отмечалось снижение социальной активности; 21,2% была определена инвалидность.

В группу TII-1 (24,2%) вошли больные, с которыми проводилась психотерапия. Сроки лечения составили 2±0,5 мес.; у 51,8% отмечалось снижение социальной активности; было в среднем 3 повторных госпитализации; 31% инвалидизировался. В группе TII-2 (22,5%), отказавшихся от психотерапии, сроки стационирования составили 2,5±0,5 мес.; повторных госпитализаций было 4 и более; 44,4% инвалидизировались; у 77,8% снизилась социальная активность.

Таким образом, ранняя диагностика типа течения шизофрении и включение психотерапии в комплекс лечения при первом эпизоде сокращает сроки госпитализации и предотвращает социальную дезадаптацию.

САМООЦЕНКА СОЦИАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ, СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ

Е.Ю. Антохин, Е.М. Крюкова, В.Г. Будза (Оренбург)

Цель: изучение самооценки социальных и когнитивных дисфункции (СКСД), социального функционирования больных с постпсихотической депрессией (ППД) в рамках первого психотического эпизода (ППЭ) шизофрении. Обследовано 44 больных шизофренией с ППЭ: 22 пациента с ППД (МКБ 10 F 20.4) с показателем по шкале CDS (шкала Калгари оценки депрессии) более 6 баллов (б.), составили основную группу (ОГ), 22 пациента без депрессии (по CDS менее 6 б.) на этапе выхода из психоза – контрольную группу (КГ). Методы: клинико-психопатологический (шкалы SCL-90-R, CDS); патопсихологический с самооценкой когнитивных и социальных дисфункций (опросник когнитивного дефицита А.Б.Холмогоровой), перфекционизма (опросник Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогоровой), воспринимаемой социальной поддержки (опросник F-SOZU-22); статистический (критерий U-Манна-Уитни). Результаты: все шкалы опросников SCL-90-R и когнитивного дефицита ОГ превышают показатели КГ ($p<0,01$), что отражает субъективно переживаемый значимый дистресс больных с депрессией. Больные ОГ в сравнении с КГ ($p<0,05$), отмечают недостаточную эмоциональную поддержку (30,6 б. и 36,7 б.), социальную интеграцию (23,1 б. и 27,9 б.). Показатели перфекционизма больных ОГ в сравнении с КГ значимо выше ($p<0,05$) по факторам «восприятие других людей как делегирующих чрезмерные ожидания» (12,5 б. и 6,7 б.), «высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных» (8,3 б. и 5.6 б.), «селектирование информации о неудачах и ошибках» (4,8 б. и 2,0 б.), «контроль над чувствами» (3,6 б. и 2,0 б.). Данные указывают на «реактивность» больных с депрессией, связанную с субъективным восприятием значимости перенесенного психоза и изменений личности, обозначая «мишени» дифференцированной комплексной терапии с учётом аффективного статуса пациентов с ППЭ шизофрении.

ДОМИНИРОВАНИЕ БУЛИМИИ В СИНДРОМЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ

Балакирева Е.Е., Якупова Л.П. (Москва)

Многие исследователи считают нервную булимию (НБ) одним из проявлений злокачественного варианта нервной анорексии (НА) при шизофрении. У таких больных на определённом этапе НА выявляется трудно преодолимое чувство голода с возможностью переедания в связи с ненасыщением. В настоящем исследовании ставилась цель получить надёжные критерии для оценки характера психической патологии у больных детей и подростков с НБ.

Было исследовано 11 больных вялотекущей шизофренией с НБ. К основным синдромам при НБ относились бредовая дисморфофобия, аффективная патология в виде депрессии и тревоги, идеи отношения, обсессивно-фобические явления с ритуалами, близкими к двигательным стереотипиям, сенестопохондрические расстройства при незначительных изменениях в эмоционально-волевой сфере и формальной сохранности интеллекта. Достаточно часто развивалась ипохондрическая симптоматика, нередко приближающаяся к синдрому Катара. Булимия играла роль компенсаторного механизма, включающегося на грани угрозы для жизни. Появление неконтролируемого стремления к потреблению пищи совпадало с общим растормаживанием влечений. Наряду с развитием дисморфофобии и нервной анорексии с булимией, в клинической картине появлялась негативная симптоматика в эмоционально-личностной сфере, а также резонёрский характер мышления, неполная критика к тяжести состояния, элементы апатии.

По нейрофизиологичеким данным у больных с НБ часто встречался низкоамплитудный десинхронизированный тип ЭЭГ с повышенным содержанием бета-активности, что коррелировало с тяжестью психопатологической симптоматики.

СМЕШАННАЯ АФФЕКТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА В КЛИНИКЕ МАНИФЕСТНОГО ПРИСТУПА ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

А.С. Бобров, М.Ю. Рожкова (Иркутск)

Изучена группа госпитальных больных в количестве 68 человек (жен. - 53, 77,9%, муж. – 15, 22,1%) с диагностикой шизоаффективного расстройства (ШАР) в соответствии с критериями МКБ-10. Большее количество женщин в данной выборке было обусловлено набором больных в женском отделении ИОКПБ №1. Депрессивный вариант ШАР диагностирован - n=41 (60,3%), маниакальный - n=7 (10,3%) и ШАР с биполярными расстройствами - n=20 (29,4%). Наличие смешанной аффективной симптоматики (САС) выявлено у большей половины изученной группы больных (55,9%). Смешанная аффективная симптоматика в клинике депрессивного ШАР была представлена: маниакальным виражом без продуктивной симптоматики на активном этапе течения приступа; проявлениями условной биполярности по А.В.Улезко (1990) - значительное улучшение к вечеру с бытовой активностью; смешанной депрессией в виде ускоренного течения ассоциаций на фоне депрессивного аффекта с псевдогаллюцинозом; биполярными аффективными расстройствами в дебюте и/или на выходе из приступа. В клинике маниакального варианта ШАР смешанная аффективная симптоматика на высоте приступа выступала в виде дисфориоподобной мании с бредом интеллектуального воображения или симптомом вербального галлюциноза; на выходе из приступа - биполярного расстройства либо альтернирующего варианта смешанного аффективного расстройства. В случае ШАР с биполярными аффективными расстройствами САС находила свое выражение в дисфориоподобной мании на активном этапе течения приступа; смешанной депрессии на выходе из приступа (многоречивость, активность поведения в отделении на фоне тревожно-депрессивного аффекта) либо имел место альтернирующий вариант САС со сменой модальности аффекта в течение дня. Таким образом, в клинике ШАР, наряду с биполярными расстройствами, возможно наличие собственно смешанной аффективной симптоматики.

НЕМАНИФЕСТНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

А.С. Бобров, О.Н. Павлова (Иркутск)

Изучена группа больных неманифестной приступообразной шизофренией с монополярными, биполярными аффективными расстройствами и смешанной аффективной симптоматикой (смешанная депрессия). Число обследованных больных - 53 человека: муж. – 32 (60,4%), жен. – 21 (39,6%). Диагноз шизофрении подтверждается типичными для этой группы пациентов социально-демографическими показателями, а также выраженной стойкой негативной вторичной симптоматикой. Возраст активного проявления заболевания приходится на пре- и пубертатный период (47,2%), юношеский – 11,3% и зрелый возраст – 41,5%. Частота госпитализаций от 2 до 10 раз выявлена в 81,1% случаев, амбулаторно наблюдались 16,9% больных. Средний возраст составил – 31,5±1,7 лет, средняя длительность активного этапа заболевания - 10,1±1,0 лет. Исследование проведено на активном этапе течения заболевания с моно-, биполярной или смешанной депрессией. Выявлен значительный полиморфизм клинической картины в виде различных проявлений фобических расстройств (73,3%), обсессивно-компульсивной симптоматики (41,5%), патологических телесных сенсаций (73,6%), а также тревоги в виде бесфабульного, пароксизмального варианта и отдельных проявлений вегетативной тревоги. Фобические расстройств были наиболее часто представлены генерализованным вариантом социальной фобии (в т.ч. в сочетании с сенситивными идеями отношения), антропофобией (в наших наблюдения страх общения с посторонними с фабулой не только моральной, но и физической угрозы), специфической ограниченной фобии, значительно реже диагностирована агорафобия, дисморфофобия, мизофобия и ипохондрическая фобия. У большинства (73,6%) выявлены сочетанные проявления различных типов фобической симптоматики. Напротив, в случае наличия навязчивостей они были представлены преимущественно в виде моносимптома.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПСИХОПАТОПОДОБНОГО ДЕФЕКТА ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

П.О. Бомов (Оренбург)

В связи с общемировой тенденцией к постарению населения возникла необходимость изучения дефицитарных расстройств, психопатоподобного типа у больных шизофренией с дебютом после 45 лет. При этом типе дефекта нарушение поведения является наиболее дезадаптирующим моментом для пациента, что и приводит к грубому расстройству социального функционирования. Методами исследования были клинико-психопатологический, патопсихологический и клинико-динамический. В исследование были включены 76 пациентов, с дебютом шизофрении после 45 лет в возрасте от 46 до 62 лет. Контрольную группу составили 27 больных с началом эндогенного процесса до 45 лет. Большинство обследованных пациентов были женщины (89%). Больные с данным типом дефекта в большинстве своём демонстрировали шизоидные, гипертимные расстройства личности в преморбиде. Длительность заболевания у большинства больных в основной группе была от 5 до 10 лет. Психопатоподобный дефект личности характеризовался относительной равномерностью поражения всех сфер психической деятельности (эмоциональная, волевая, ассоциативная), без достоверного преобладания нарушений какой-либо из них. Однако у больных обеих групп поведение принимало грубо извращенные формы, в большей степени усиливая нарушение волевой сферы. Для пациентов с данным типом дефекта была характерна умеренная и выраженная степень расстройств, медленное их нарастание, по сравнению с группой контроля, где были отмечены только выраженная степень расстройств и более быстрое прогрессирование. Формирование дефекта выявлялось после 2-3 приступов. Таким образом, полученные данные способствуют более глубокому пониманию структуры дефекта психопатоподобного типа у больных поздней шизофренией и оптимизации проведения психосоциальной терапии и реабилитации этим больным.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ЛИЧНОСТИ В СВЕТЕ ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Т.И. Букановская, Р.Н. Алборова, А.Г. Бабаянц (Владикавказ)

Проблема стигматизации и связанная с нею проблема реабилитации больных шизофренией связана с многовековым существованием мифа о том, что больные – это «иные», «другие», «ненормальные» существа.

Целью исследования являлось установление тождества и/или различий между ценностными ориентациями, имеющих отношение к высшим человеческим потребностям, у больных шизофренией и здоровых лиц.

Материал и методы исследования. Были обследованы 47 больных (20 мужчин и 27 женщин) с диагнозом шизофрении (F20,0, F20.2, F20.3) и шизоаффективного расстройства (F25) по МКБ-10, находившихся на стационарном лечении. Средний возраст больных составил 37,3 ± 11,2 лет, средняя длительность заболевания – 11,2 ± 7,9 лет. Психопатологическая симптоматика оценивалась по шкале PANSS. Сумма баллов по подшкале позитивной симптоматики составила 20,4 ± 8,6 бал; по подшкале негативной симптоматики – 21,4 ± 5,9 бал; по подшкале общей психопатологической симптоматики – 48,5 ± 9,6 бал; итого – 90,3 ± 8,7 бал. Для исследования ценностных ориентаций (ЦО) у больных и здоровых лиц (126 чел., средний возраст – 31,2 ± 9,4 лет) использовалась модифицированная методика М. Рокича. Испытуемые из 36 ЦО, относящихся к 8 базовым ценностям (перфекционные, коммуникативные, статусные, гедонистические, ценности самореализации, познавательные, эстетические, альтруистические), выбирали 10 предпочтительных и располагали их в порядке ранговой значимости. У больных и здоровых лиц сравнивались два показателя – частота выбора предпочтительных ЦО и их ранговая корреляция.

Результаты. Частота выбора предпочтительных ценностных ориентаций была почти тождественна у больных шизофренией и здоровых лиц – критерий Пирсона χ^2 был намного ниже требуемого для установления статистически значимой разницы распределения признака (χ^2=5,97), и, наоборот, коэффициент корреляции Спирмена приближался к 1,0 (r = 0,97, ρ<0,01). Анализ распределения 8 видов ЦО по рангу их значимости показал, что между больными и здоровыми лицами также не отмечалось статистически значимых различий в характере рангового распределения. Сделан вывод о том, что у страдающих шизофренией болезнь не является фактором, изменяющим их общечеловеческие ценности, и в духовно-антропометрическом измерении больные шизофренией ничем не отличаются от всех остальных членов социального сообщества.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Р.Г. Валинуров, Н.Р. Тулбаева, М.И. Сабитова (Уфа)

Одной из важнейших целей реабилитации является возвращение человека, перенесшего душевное заболевание, к созидательному труду. Виды трудовой деятельности, к которым привлекается больной, специально подбираются таким образом, чтобы максимально использовать способности каждого человека, учитывая его индивидуальные потребности и склонности. В 2009 году в Казани проводилась Всероссийская научно-практическая конференция «Инновационные технологии реабилитации инвалидов в Российской Федерации», но реабилитация лиц с психическими расстройствами была стыдливо опущена. Трудовая терапия психически больных является частью комплекса реабилитационных мероприятий. На основании статьи 16 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» государством гарантируется создание лечебно-производственных предприятий для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальных производств, цехов или участков с облегченными условиями труда для таких лиц, установление обязательных квот рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами, создание общежитий для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи. Лечебно-трудовые мастерские (ЛТМ) Республиканской психиатрической больницы № 1 МЗ РБ (РПБ № 1), открытые в 60-х годах являются первыми и единственными вспомогательными подразделениями, цель существования которых определяется необходимостью трудовой реабилитации и переориентации пациентов психиатрического профиля. На сегодняшний день число мест для больных в ЛТМ доведено до 120, из них 30 для амбулаторных больных. Амбулаторные больные оформляются на работу через отдел кадров больницы и получают сдельную заработную плату. Функционируют швейный, вязальный, художественный цеха, работают театральный, хоровой кружки, кружок народных инструментов, освоены технологии пейчворка, ваяния войлока, батика, макраме, оригами, лепки из гипса, глины, вышивки лентами и др. Силами сотрудников и пациентов больницы организован кукольный театр, представления которого всегда превращаются в аншлаг. Регулярными стали республиканские конкурсы талантов для пациентов «Зажги звезду». Организуются персональные и коллективные выставки работ пациентов в художественных галереях города, готовится к печати сборник стихов пациентов больницы.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.В. Верхозина, М.А. Корнилова (Иркутск)

Детская психиатрическая служба в Иркутской области включает амбулаторное и стационарное звено. В 2010 году служба располагала 110 койками, на которых пролечено 1137 пациентов. В структуре первичной заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства у детей первое место занимают психические расстройства непсихотического характера (50,7%), второе – умственная отсталость (47,8%), психозы составляют лишь 1,5%.

Под диспансерным наблюдением в 2010 году находилось 6732 ребенка и 2192 подростка (1654,9 и 2253,5 на 100 тыс. населения соответственно). Структура психических расстройств среди детей, состоящих под диспансерным наблюдением: 57,7% - умственная отсталость, 41,9% - психические расстройства непсихотического характера, 0,4% - психозы.

В 2010 году показатель количества детей (до 18 лет) с психическими расстройствами, впервые признанных инвалидами составил 6,9 на 10 тыс. населения, из них: шизофрения – 0,3, хронические неорганические расстройства – 0,5, психические расстройства вследствие эпилепсии 0,1, умственная отсталость 6,0 на 10 тыс. населения. Высокий показатель количества детей, впервые признанных инвалидами вследствие умственной отсталости, объясняется выявлением тяжелых форм данной патологии. Увеличение количества детей с умственной отсталостью и задержками психического развития диктует необходимость создания специализированных детских центров реабилитации.

В 2010 году число детей-инвалидов составило 47,3% от числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением. За последние 3 года в Иркутской области отмечается снижение числа детей-инвалидов, особенно с шизофренией, что связано с применением современных психотропных препаратов - атипичных антипсихотиков.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕНИНГА УВЕРЕННОСТИ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В.В. Волков (Нижний Новгород)

Цель исследования — анализ эффективности разработанного тренинга уверенности для больных шизофренией на основе программы Аннекен Г., Кесслер Е., Эгельмайер Л. и тренинга уверенности М.Д. Смита. Для диагностики выбрана личностная тревожность, другие диагностируемые три критерия уверенности: (уверенность в себе, социальная смелость, инициатива в социальных контактах) — шкалы теста уверенности В.Г. Ромека. Контент-анализ сочинений участников выявлял критерии уверенного поведения, положительные изменения по которым чаще отмечались ими после тренинга. Экспериментальная группа из 7 человек в возрасте 20-50 лет тестировалась до и после тренинга.

В итоге после тренинга у больных шизофренией повышается 1) уверенность в себе и 2) социальная смелость. Первое подкрепляется достоверностью положительных сдвигов по шкале «уверенность в себе» теста Ромека (Т-критерий Вилкоксона, Тэмп=1, $p<0,05$) и максимальными весами категорий контент-анализа, описывающих положительные самооценки участников и их положительные оценки своего окружения. Максимальные веса получены и по категориям, описывающим научение навыкам уверенного поведения и их генерализацию. Второе подкрепляется достоверностью положительных сдвигов по шкале «социальная смелость» теста Ромека (Тэмп=3, $p<0,05$). Гипотеза о снижении личностной тревожности не подтверждена (Тэмп=13, $p<0,05$). Получены низкие веса категорий контент-анализа, описывающих эмоциональные изменения.

Малый объем выборки, отсутствие контрольной группы позволяют пока только предположить, что тренинг эффективнее воздействует на когнитивную и поведенческую сферы психики больных шизофренией, чем на эмоциональную.

ЖИЛЬЕ ПОД ЗАЩИТОЙ

А.К. Гажа, А. А. Логачева (Тамбов)

Программа «Жилье под защитой» является промежуточным этапом в реабилитации психически больных на пути от Общежития к самостоятельному проживанию в обществе. Цель программы - социально-бытовое и трудовое восстановление пациента на более высоком уровне, определяющем его независимое проживание, интеграция пациента в общество и оказание помощи в преодолении трудностей при социальной адаптации. Включение пациента на программу «Жилье под защитой» производится при достижении приемлемого уровня независимого функционирования. Каждый пациент закрепляется за социальным работником амбулаторной службы, в обязанности которого входит посещения на дому, отслеживание применения на практике приобретенных навыков самостоятельного проживания и обслуживания, приглашения на прием к врачу, на групповые занятия, помощь в решении социально-бытовых и социально-правовых вопросах. Ведется активная работа с пациентом, направленная на развитие его способности к самопомощи, выявление перспективы обустройства жизни в рамках собственного жилья, досуга и работы. Всего с 2002 г по настоящее время на программу «Жилье под защитой» было направлено 55 человек, из которых 60% - мужчины. Социально-клинические характеристики показывают, что это пациенты в основном имеющие заболевание шизофренией - 51% и органическим поражением ЦНС - 33%, со стажем заболевания более 10 лет – 98% и наличием группы инвалидности– 95%. В большинстве случаев, это одиноко проживающие пациенты, никогда не состоявшие в браке или находящиеся в разводе. Возвращение на прежнее место жительство было проблематично из-за непригодности жилья к проживанию или разорванных социальных связей. Из общежития загородного отделения в арендуемое жилье было выписано 11 чел. (20%), в приобретенное за время пребывания в больнице – 2 чел (4%), а остальные – в отремонтированное собственное жилье. Из 11 чел, выписанных через аренду жилья, 3 чел смогли вернуться жить к родственникам, в дальнейшем 2-е из них приобрели собственное жилье; 4 чел по истечению срока аренды нашли жилье самостоятельно; и только 2 чел вернулись в отделение. Продолжают проживать в арендуемом жилье 2 человека. Основная часть пациентов смогла социально адаптироваться в обществе. Улучшилось владение навыками повседневной жизни, часть пациентов смогли восстановить некоторые из утраченных ранее связей с родственниками, и даже создать свои семьи. В гражданском или официальном браке проживают 12 чел (22%), Трудоустроились или подрабатывают 10 чел (18%). 27% (15 чел) имеют стойкую ремиссию, т.е. не госпитализируются в ТПБ в течении 3-х и более лет. Таким образом, выписка пациентов через программу «Жилье под защитой» значительно повышает социальное функционирование и качество жизни пациентов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ В СИСТЕМЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И. Я. Гурович (Москва)

Реабилитация – единый биопсихосоциальный процесс; как и фармакотерапия, она является важнейшим компонентом психиатрической помощи. В настоящее время акцент реабилитационной активности сдвигается к начальным этапам заболевания. Реабилитационные воздействия имеют два компонента: сберегающий личностно-социальные достижения и профилактический в отношении возможности их утраты. Содержание этапных психосоциальных реабилитационных воздействий обнаруживает динамику в зависимости от стадии заболевания. Все это предъявляет новые требования к структуре психиатрической помощи. Сопоставление с международным опытом показывает, что появление признаков завершения эры сокращения коек в рамках деинституциализации относится и к России (сокращено свыше 50 тыс. коек, но без развития внебольничных форм), сокращение не избежало хаотического характера, сказалось на числе небольших стационаров, привело к изъянам в структуре и доступности помощи, серьезно уменьшилось число психиатрических и психотерапевтических кабинетов, сопровождается уменьшением первичного выявления больных, снизился темп перехода к полипрофессиональному ведению больных. Психиатрическая помощь нуждается в определении путей развития. Опыт других стран относится к двум направлениям реформы, отражающим этап развития психиатрии: интеграция с общей медициной и развитием общественно ориентированной помощи. Наряду с положительными результатами, опыт выявил недостатки и негативные последствия реформы: передача чрезмерной части психиатрического контингента неспециалистам – врачам общей практики (в России этот контингент четко отграничен при взаимодействии психиатра с первичной медицинской помощью), фрагментарность, дисперсный характер помощи, ведущий к утрате цельности ведения больных (у нас это функция диспансерного наблюдения), доминирование социального подхода при переводе больных в общественные структуры (резиденции) и часто не обоснованная передача компетенции психиатров в сообщество (в нашей стране разработаны медико-реабилитационные модели). В отечественной психиатрии структура помощи традиционно опирается на клинико-социальную характеристику контингентов больных, целесообразно сохранение общей структуры помощи с развитием новых разработанных моделей (отделений медико-социальной работы, внебольничной реабилитации, интенсивного оказания помощи во внебольничных условиях, реабилитационное отделение стационара) больше ориентированных на психосоциальную реабилитацию во внебольничных условиях или непосредственно в сообществе, при участии последнего в обеспечении восстановления больных.

МЕСТО ДОСУГОВЫХ ПРОГРАММ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Е.А. Дубицкая, Г.Н. Носачев (Самара)

Последние годы происходит постепенная смена подхода к реабилитации в психиатрии как возможности более полного восстановления положения в обществе хронически психически больных. Вводится понятие «ранней реабилитации» или «лечебно-реабилитационного этапа».

Рассматривая любое болезненное состояние, тем более с полугоспитализацией, не только с клинических позиций, но в том числе с позиций изменения личностно-социального статуса, очевидно, что оно сопровождается биологической, личностной и(или) социальной тревогой (тревожностью), которую следует учитывать в лечебно-реабилитационном процессе пациентов в дневном стационаре.

С целью преодоления неблагоприятных эмоциональных проявлений на пребывание в дневном стационаре для большинства пациентов с различными вариантами тревожности предложены досуговые программы реабилитации в виде постоянного демонстрирования в специально отведенном помещении специально выбранных видеопрограмм, преимущественно релаксирующего и(или) познавательного содержания.

Досуговые программы вошли в состав других реабилитационных программ дневного стационара, в частности психообразовательных, направленных на установления комплайенса с пациентом и его родственниками в отношении базовой и поддерживающей терапии, по социальной адаптации в микро- и макросоциуме. Введение досуговых программ в общую структуру реабилитационного процесса в дневном стационаре расширяют возможности комплексной помощи с оптимизацией фармакотерапии, психосоциальной работы с пациентами, а также с их семьями и показывают положительную динамику в отношении сокращения сроков пребывания в дневном стационаре и улучшения ряда личностных и социальных показателей качества жизни и жизнедеятельности.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

В.В. Ермолаев, С.В. Корнюхина, Н.П. Першина (Тамбов)

Исходя из биопсихосоциальной природы формирования алкогольной зависимости, в наркологической службе возникла актуальность привлечения помимо врачей – наркологов различных специалистов, взаимодействующих в структуре единой «бригады». Цель исследования - обобщение практического опыта по оказанию помощи больным с алкогольной зависимостью в стационарных условиях при участии «бригады» в составе: нарколог, психотерапевт, психолог, медицинская сестра. В исследовании приняло участие 72 пациента отделения для труднокурабельных больных с алкогольной зависимостью, которые были разделены на две равнозначные по количеству группы (контрольная и экспериментальная). Критерии выборки: средний реабилитационный потенциал; мужчины со средне-специальным образованием; частота госпитализаций до 3 в год; промежуточная терапевтическая установка. Пациентам контрольной группы были проведены фармакотерапия и клиническое консультирование. Пациентам экспериментальной группы помощь оказывалась полипрофессиональной бригадой специалистов, с обязательным включением в групповые психообразовательные занятия. По результатам проведенного исследования получены следующие результаты (за период 1,5 года наблюдения): повышение мотивации к лечению в период пребывания в стационаре было достоверно выше в экспериментальной группе (41% и 8,3%); распознавание признаков предрецидива и своевременное обращение к врачу наблюдалось у 33% пациентов экспериментальной группы и только 3,6% в контрольной; самостоятельное обращение к врачу и сокращение дней рецидива (47,2% и 5,5%); количество пациентов, продолживших поддерживающее лечение амбулаторно после выписки составило 50% и только 11% в контрольной; изменение когнитивного уровня пациентов относительно принятия заболевания (согласно проведенному ретестированию) происходило только среди пациентов экспериментальной группы; налаживания взаимоотношений с ближайшим окружением произошло в 50% случаев в экспериментальной и 11 % в контрольной группе.

ОПЫТ РАБОТЫ ПАТРОНАЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА №30 ДЕПАРТАМЕНТА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ

Н.П.Жигарева, А.В.Коровяков (Москва)

На основании приказа Департамента социальной защиты населения г. Москвы №2919 от 14.12.10 г. «О создании в учреждениях стационарного социального обслуживания патронажных отделений» на базе Психоневрологического интерната №30 с 01.01.11 г. было открыто патронажное отделение (ПО ПНИ) для временного или постоянного оказания социальной и медико-социальной помощи в ***надомных*** условиях инвалидам I или II группы, страдающих психическим расстройством, являющихся одинокими или имеющих родственников, которые по объективным причинам не могут осуществлять за ними уход. Спектр предлагаемых услуг ограничивается «Территориальным перечнем гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам учреждениями социального обслуживания г.Москвы» (ПП г.Москвы №502 от 11.06.96 г.). Отделение предназначено для обслуживания 50 клиентов. Штатное расписание включает, помимо заведующего Отделением и старшей медицинской сестры, 22 медицинские патронажные сестры и диспетчера.

Сотрудниками ПО ПНИ № 30 обследовано 166 предполагаемых клиентов, из которых 66 принято на медико-социальное обслуживание, 12 человек умерло, 1 клиентка была переведена на постоянное проживание в ПНИ №30 и 2 человека отказались от предоставления им медико-социальных услуг.

В настоящее время услуги предоставляются 51 клиенту, среди которых преобладают больные с деменцией и шизофренией (по 23,5%).

Постоянно ведётся работа по выявлению потенциальных клиентов.

Оформление в ПО ПНИ осуществляется по письменному заявлению клиента или его законного представителя. На основании «Заключения о нуждаемости клиента в услугах», составленном врачом-психиатром ПО ПНИ, окружная межведомственная комиссия определяет адресный перечень медико-социальных услуг, предоставляемых ПО ПНИ определённому клиенту. Комиссия состоит из представителей Управления социальной защиты населения округа, директора ЦСО, заведующего ПО ПНИ, а также представителей общественных организаций. Директор ПНИ подписывает два экземпляра «Договора….» в качестве «Исполнителя», и издаёт приказ о зачислении клиента на медико-социальное обслуживание в ПО ПНИ. Один экземпляр «Договора….» возвращается клиенту, другой остаётся в его Личном деле.

Несмотря на относительно длительное время функционирования ПО ПНИ №30, при оказании медико-социальной помощи клиентам возникает немало проблем, связанных с различными причинами.

Для проведения комплексных реабилитационных мероприятий (учитывая специфику работы ПО ПНИ, наличие большого количества инвалидов нуждающихся в медико-социальной помощи) первостепенной задачей на данном этапе мы считаем:

1. Организацию подготовки ***междисциплинарных*** специалистов по практической работе, владеющих профессиональными техниками медицинского, психолого-педагогического, социально-правового характера и оккупациональной терапии.

2. Усиление межведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения и социальной защиты.

3. Обеспечение правового сопровождения с целью расширения услуг и функциональных возможностей сотрудников ПО ПНИ.

Решение этих вопросов будет способствовать оптимизации, повышению эффективности и качества предоставляемой помощи при оказании медико-социальных услуг клиентам патронажных отделений психоневрологических интернатов.

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ. ПАТРОНАЖНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА

Жигарева Н.П. (Москва)

В течение всей своей жизни человек, страдающий психическим расстройством, нуждается в психосоциальной поддержке. Сам термин говорит о взаимодействии различных ведомств – системы здравоохранения и системы социальной защиты населения. К сожалению, на сегодняшний день, даже в системе здравоохранения, преемственность между учреждениями стационарной и внебольничной помощи утратила былую связь в вопросах длительной курации больного. В лучшем случае пациента утратившего социальные возможности и имеющего невысокий реабилитационный потенциал определяют в психоневрологические интернаты системы социальной защиты. Однако главная цель работы с лицами с психическими расстройствами заключается не в изоляции их от общества в стенах психиатрических больниц и психоневрологических интернатов, а в осуществлении комплексной реабилитации и формировании условий для полноценного функционирования пациентов в социуме.

Социальная работа призвана адаптировать и интегрировать, помогать и защищать, поэтому внедрение ее в психиатрию не вызывает сомнения у специалистов. Но Центры социального обслуживания не занимаются обслуживанием лиц, имеющих психические расстройства. Для адаптации таких людей в социуме нужен специальный подход и определенные специалисты.

Наибольшего успеха можно достичь, используя концепцию межведомственного подхода, предполагающую кооперацию и координацию усилий социальных служб и учреждений здравоохранения и подход пространственно-ориентированной социальной работы.

С этой целью на основании приказа Департамента социальной защиты населения г.Москвы №2919 от 14.12.10г. «О создании в учреждениях стационарного социального обслуживания патронажных отделений» с 01.01.11 года на базе Психоневрологических интернатов №12, №25 и №30 были открыты патронажные отделения для временного или постоянного оказания социальной и медико-социальной помощи в *надомных* условиях инвалидам I или II группы, страдающих психическим расстройством, являющихся одинокими или имеющими родственников, которые по объективным причинам не могут осуществлять за ними уход.

С 01.07.11. такие патронажные отделения были открыты в структуре ещё двух психоневрологических интернатов - №4 и №20.

Однако, при подборе пациентов в такие отделения, у работников психоневрологических интернатов возникли большие трудности и непонимание с психоневрологическими диспансерами и центрами социального обслуживания.

Это еще раз подтверждает необходимость усиления межведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения и социальной защиты населения для оптимизации социальной психиатрии, имеющей междисциплинарный характер и основывающейся на психиатрическом профессиональном знании и основных понятиях и методах социальной работы.

Уделяя внимание не только клиническим, но также психологическим и социальным факторам, личностным и социальным особенностям индивидуума в их взаимодействии, можно оказывать более разностороннюю и эффективную помощь людям с психическими расстройствами.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

О. В. Задорожная, Ю. В. Дроздовский *(Омск)*

Проблема парентеральных вирусных гепатитов является особо актуальной в отношении пациентов, страдающих психическими заболеваниями. Изучение качества жизни больных шизофренией, страдающих хроническим вирусным гепатитом, играет важную роль в повышении приверженности лечению и социальной адаптации пациентов.

В исследование было включено 60 пациентов поступивших в БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» в период с 2009 г. по 2011 г. с диагнозами параноидной шизофрении и хронического вирусного гепатита В, С либо микст-гепатита В+С. Применялись клинико-психопатологический, психометрические, а также клинико-лабораторные методы и статистический анализ полученных данных.

52,0 % составляли мужчины (n = 31), 48,0 % – женщины (n = 29). Средний возраст больных составил 37,9 ± 9,1 года. Хронический гепатит С был верифицирован у 47 больных, что составило 78,3 % от всей выборки. Гепатит В имели 7 пациентов (11,7 %), сочетанную форму гепатита В + С – 6 пациентов (10,0 %). В результате проведения корреляционного анализа обнаружены статистически значимые связи между отдельными субсферами качества жизни и выраженностью продуктивных и негативных синдромов (по шкале PANSS). Наибольший вклад в ухудшение качества жизни пациентов по основным показателям вносит негативная симптоматика.

Становится очевидной необходимость разработки индивидуальных реабилитационных программ с целью улучшения качества жизни пациентов с шизофренией, имеющих сопутствующий хронический вирусный гепатит, учитывающих подбор психофармакотерапии, позволяющей избежать дополнительного гепатотоксического действия, а также воздействовать на негативную симптоматику.

НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА ЛЕВШЕЙ

О.С. Зайцев, О.А. Гриненко, Г.Г. Шагинян, С.В. Ураков, А.А. Потапов (Москва)

Продолжая традиционные для НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко исследования влияния функциональной асимметрии мозга на психопатологию (Т.А. Доброхотова, Н.Н. Брагина, 1977; 2006), изучен 221 пострадавший с травматическим поражением мозга, в том числе 102 с тяжелой черепно-мозговой травмой, 56 с огнестрельными ранениями черепа и головного мозга, и 63 с посттравматической эпилепсией.

Достоверные признаки левшества (моторного, сенсорного, семейного) обнаружены у 79 (36%) пострадавших.

Выявлено, что при травме мозга у левшей по сравнению с правшами:

1) более продолжительны: а) синдромы дезинтегрированного сознания, б) когнитивные и эмоционально-личностные расстройства, в) периоды, охваченные ретроградной и посттравматической амнезиями;

2) чаще отмечаются: а) атипичный корсаковский синдром, б) односторонняя пространственная агнозия (в частности правосторонняя, практически не отмечающаяся у правшей); в) бредовые расстройства и г) стойкие конфабуляции;

3) более выражены: а) нецеленаправленность мышления и поведения, б) нарушения восприятия пространства, в том числе с зеркальными ошибками, в) эмоционально-личностные расстройства;

4) более многообразны эпилептические припадки, а в группе с огнестрельными черепно-мозговыми ранениями – и достоверно более вероятны.

При корково-подкорковой локализации травматических очагов различия в отдаленных исходах между левшами и правшами отсутствуют, а при глубинных поражениях левши восстанавливаются лучше.

Побочные эффекты психофармакотерапии у левшей гораздо более вероятны, чем у правшей.

Противосудорожное лечение (особенно в монотерапии) у левшей существенно реже приводит к полному контролю приступов.

Таким образом, при повреждении мозга левши нуждаются в особом, отличном от стандартного (более применимого к правшам), подходе к диагностике и лечению.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Н.Б. Захаров (Киров)

Одну из «проблемных» групп больных шизофренией составляют пациенты, находящиеся на длительном лечении в психиатрическом стационаре. Сложность проведения лечебно-реабилитационных мероприятий в данном случае объясняется сочетанием неблагоприятных клинических особенностей заболевания (наличие выраженного шизофренического дефекта, недостаточная эффективность фармакотерапии) с грубой социальной дезадаптацией (отсутствие жилья, утрата социальных связей, невозможность самостоятельного проживания).

Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи данной группе больных в Кировской областной клинической психиатрической больнице им. В.М.Бехтерева заключается в использовании комплексной терапии (сочетание фармакологических методов лечения с психосоциальной терапией и реабилитационными мероприятиями) при оказании бригадной полипрофессиональной помощи. В этом случае приоритеты оказания помощи направлены на повышение уровня социальной адаптации с последующей выпиской пациента из стационара.

Целью фармакотерапии является не только достижение и поддержание медикаментозной ремиссии заболевания, но и создание основы для психосоциальных воздействий. Учитывая выраженность негативных и когнитивных расстройств в данной группе больных, препараты назначаются с учетом их возможного положительного влияния на имеющийся нейрокогнитивный дефицит и нивелирование негативных расстройств. Психосоциальные воздействия направлены на уменьшение явлений социальной дезадаптации и подбираются индивидуально с учетом клинического состояния пациентов. Основным направлением психосоциальной терапии является тренинг когнитивных и социальных навыков. Кроме структурированных тренинговых занятий, пациенты вовлекаются в широкий круг реабилитационных мероприятий: занятия в театральной и вокальной студиях, арт-терапия, библиотерапия, занятия лечебной физкультурой, посещения концертов и выставок. Это способствует уменьшению явлений госпитализма, закрепляет навыки адаптивного поведения, общения и взаимодействия.

Эффективность проводимой комплексной терапии основывается на многоосевой оценке состояния пациентов с учетом клинических особенностей заболевания, качества жизни, уровня социальной адаптации, а также по возможности ведения повседневной деятельности.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТАЦИОНАР ЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА НА ПРИМЕРЕ ОРГАНИЧЕСКИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Т.И. Иванова, О.Е. Крахмалева (Омск)

Цель: оценка экономической эффективности стационар замещающих форм психиатрического сервиса.

Методы: расчет стоимости пребывания пациента, на основании сплошного анализа историй болезни детей с органическими непсихотическими расстройства, за период 6 месяцев находящихся в условиях дневного и круглосуточного стационара с использованием формулы расчета цены госпитализации на основе клинико-статистических групп (Солохиной Т.А., 1999).

Результаты: За исследуемый период в дневном стационаре было пролечено 78 больных с данным диагнозом. Средняя длительность госпитализации составила 53,2 дня. Практически все дети были осмотрены логопедом (78,2%) и психологом (88,4%). Физиолечение получали – 84,6%. По основному психопатологическому симптому дети преимущественно получали лечение: пироцетам 88,4%, сонапаксом – 66,6% и витамино терапию (В 1, В 6, В 12) –(52,5%). Достаточно часто назначалось лечение – иглорефлексотерапия 17,9% и электоросон 16,6%. Средняя стоимость лечения, одного пациента составила 2577,58 рублей.

В отделение круглосуточного пребывания, за это же время было пролечено 104 ребенка с данной патологией, среди них 65,3% жители Омской области и 34,7% проживали в городе. Средняя длительность госпитализации составила 43,3 дня. Большинство детей (28,8%), были дополнительно осмотрены невропатологом, педиатром, отоларингологом, хирургом, гинекологом и получали дополнительно симптоматическое лечение (32,7%). За время, проведенное в стационаре 44,2% детей были осмотрены логопедом и 28,8% психологом, 42,3% получали физиолечение. Наиболее широко применялись следующие препараты: сонапакс – 55,7%, аминазин – 36,5%, пирацетамом – 13,5%; реже назначались витамины, антидепрессанты, антиконвульсанты. Достаточно широко применялись инъекционные формы введения препарата – 11,3%. Стоимость лечения, на одного пациента данной патологии в стационаре круглосуточного пребывания составила: 3555,82 рубля.

Таким образом, согласно проведенному исследованию, лечение детей с органическими непсихотическими расстройствами в условиях дневного стационара дешевле на 38%. Следовательно, в условиях дефицита средств, без снижения качества оказываемой помощи, может являться смещение объемов стационарной психиатрической помощи во внебольничные структуры.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ В КЛИНИКЕ НЕМАНИФЕСТНОЙ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Л.А. Иванова, О.Н. Павлова (Иркутск)

Изучена группа больных (n=53) неманифестной приступообразной шизофренией (НПШ) с монополярными депрессивными, биполярными аффективными расстройствами и смешанной аффективной симптоматикой (смешанная депрессия). Мужчин было 32 (60,4%), женщин – 21 (39,6%). Исследование проведено на актуальном этапе с наличием депрессии и коморбидной фобической и обсессивно-компульсивной симптоматикой. Наличие патологических телесных сенсаций (ПТС) выявлено у 39 больных (73,6%), ПТС имели преимущественно церебральную локалазацию ПТС (94,9%), реже – область грудной клетки (35,9%), ротоносоглотка, спина/позвоночник (17,9%), генерализованные (10,3%), брюшная полость, конечности (7,7%), половые органы, глазное яблоко (5,1%), суставы, кожа рук и ног, мочевой пузырь, гортань, пищевод, желудок, промежность (2,6%). Выявлена почти с равной частотой представленность сенестоалгий и сенестопатий (соответственно 66,7% и 69,2%); значительно реже алгий (20,5%), сенестезий (17,9,2%), в единичных наблюдениях – парестезии (10,3%). Дифференцированная оценка сенестопатий позволила выявить значительную частоту термического их варианта (40,7%) отмечено также наличие психосенсориальных сенестопатий, сенестопатий движения, интерпретативный и дискретный варианты сенестопатий; в единичных наблюдениях – фантастические сенестопатии. Монолокальные сенестопатии с локализацией в пределах одного органа или анатомо-физиологической системы диагностированы в 43,6% наблюдений; билокальный и полилокальный варианты локализации ПТС – соответственно по 28,2%. Правилом является сочетанное проявление ПТС у каждого из больных вне зависимости от степени их генерализации.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОЧТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССАВ ОТДЕЛЕНИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

М.С. Кадменская (Москва)

Решающим фактором повышения эффективности лечебно-реабилитационного процесса в психиатрической больнице является качество терапевтической среды отделения. Когда мы говорим о тяжелых пациентах, мы подразумеваем не только характер заболевания, но и тягостность их переживаний, эмоциональную напряженность, тяжелые жизненные события. Поэтому в случаях, когда акцент ставится на физической части ухода за пациентом, из поля зрения выпадают как переживания самого пациента, так и чувства, которые он может и будет вызывать у персонала. Пациенты склонны к переносу и отыгрыванию собственных часто разрушительных переживаний во взаимодействии, у персонала будут возникать соответствующие контрпереносные реакции, и актуализироваться защитные механизмы. В результате взаимодействие нередко приобретает характер разыгрывания неадаптивных стратегий социального взаимодействия, как со стороны пациентов, так и персонала.

Обоснованный психиатрической объективизацией негласный запрет на психологизацию, которая подразумевает под собой внесение психологического смысла и понимания событий, является существенным фактором, сдерживающим использование психологических и личностных ресурсов как пациентов, так и персонала. Не создается психическое пространство для обдумывания, которое снижало бы напряженность переживаний и реализовывало бы терапевтическую функцию среды.

Повышению эффективности терапевтической среды будет способствовать психологическое обучение и поддерживающие программы, позволяющие тренировать коллегиальную работу всего персонала – врачей, клинических психологов, социальных работников, среднего медперсонала, используя ресурсы всех профессий для лучшего понимания и реабилитации пациента.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИОТГРАНИЧЕНИЯ ДЕФЕКТА ПРИ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОФРЕНОПОДОБНОГО СИНДРОМА

И.О. Калачева (Москва)

В детской психиатрии определенные сложности представляет дифференциальный диагноз умственной отсталости с психотическими состояниями и дефектом при ранней детской шизофрении. Актуальность этой проблемы определяется тем, что в подавляющем большинстве случаев диагноз умеренной умственной отсталости ставится на основании отсутствия речи, бездеятельности, отсутствием интереса к окружающим, играм, контактам. Часто диагноз умственной отсталости ставится при наличии в клинической картине типичных синдромов детского типа шизофрении – стереотипии аутизм. В условиях детского дома для детей с умеренной умственной отсталостью (F71) в возрасте от 5 до14 лет, 30 детей с умственной отсталостью и 20-с дефектным состоянием при рано начавшейся шизофрении. Обследование проводится клинико-психопатологически. У исследованных больных отсутствуют анамнестические сведения, Задачей работы является определение основных дифференциально-диагностических критериев, для правильного выбора реабилитации и медикаментозного лечения. В психическом статусе больных конечной стадии детской шизофрении отмечаются особенности пищевого поведения (избирательность в пище).Явления психотической симптоматики – кататоническое возбуждение,.сопровождающееся стереотипным бегом по кругу, вычурными движениями,агрессией и аутоагрессией. Временами больные закрывают уши, при этом издают различные звуки, испытывают страх, что выражается в мимике Они избегают не только речевого, но тактильного и глазного контакта. Статуи больных дает основания диагностировать дефектное состояние рано начавшейся детской шизофрении. Умеренная умственная отсталость характеризуется тотальным снижением интеллекта и познавательной активности.Больные бездеятельны, но контактны, частично понимают обращенную речь и инструкции, отличаются аффективной лабильностью, (легко переходят от эйфорического к дисфорическому расстройству настроения, реагирует на личности окружающих, у них повышены инстинктивная сфева (пищевая, сексуальная). Психическое состояние определяется склонностью к дисфорическим расстройствам настроения с агрессией, недовольством окружающим, возбуждением. Иногда наблюдаются аутистические черты, стереотипные движения, но эти симптомы не являются характерными для умственной отсталости. При умственной отсталости, также как и в большинстве детей с диагнозом ранней шизофрении наблюдается резидуальная церебрально-органическая недостаточность.

Основными диагностическими критериями считается негативная (апатико-абулическая) и продуктивная (кататолническая) симптоматика, свойственная дефектной шизофрении. При умственной отсталости состояние больных определяется тотальным недоразвитием когнитивных функций, психотическая симптоматика не является основной, дисфорические расстройства имеют тенденцию к редукции при медикаментозном лечении. Отсутствуют типичный для шизофрении апатико-абулические изменения личности и кататонический синдром. Правильная диагностика имеет значение для выбора медикаментозной терапии и реабилитации.

ЗАЩИТА ОТ ДЕСТРУКТИВНОГО ВЛИЯНИЯ СМИ – ВАЖНЕЙШЕЕ УСЛОВИЕ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

А.М.Карпов, Д.Г.Семенихин, Р.Р.Набиуллина, М.А.Шмакова (Казань)

Целенаправленное информационно-психологическое воздействие средств массовой информации, рекламы и шоу-бизнеса на наших соотечественников многими учеными и политиками России признано главным фактором массового распространения зависимостей от алкоголя (пива), наркотиков, курения, проституции, гомосексуализма, девиантных субкультурных образований, асоциального, ненормативного поведения (Н.М.Римашевская, 2008, Н.Е.Маркова, 2008, .С.М.Миронов,2008, и др). Психические и поведенческие расстройства «формируются средствами массовой информации по законам социальной психологии: закона подражания, закона социального научения. Навязываются идеология и образ жизни при помощи известной технологии»…(Н.Е.Маркова, 2008). В песнях последних 20 лет преобладают «герои» – носители психических и личностных расстройств, программирующие население на алкоголизацию, наркотизацию, легкий, потребительский стиль жизни, сиюминутные удовольствия, разные способы саморазрушения вплоть до суицида. (А.М.Карпов, Д.Г.Семенихин, О.В.Башмакова, 2009). Радио- и телепродукция, монтируется по принципу шизофренизации – искажает и расщепляет психические функции. Рекламные вставки обладают всеми признаками малых эпилептических припадков (внезапность, контрастность, стереотипность, кратковременность) и как процедура ЭСТ разрушают психические конструкции, сложившиеся у телезрителя до рекламы. Деструктивная продукция СМИ является грубым нарушением прав человека и потребителя, умышленно причиненным вредом здоровью миллионов людей, но правовой и экспертной судебно-психиатрической оценке она не подлежит. Существует «табу» на осознание информационно-психологической войны с Россией, о которой говорили патриарх всея Руси Алексий II, президент РФ В.В.Путин (2004) и др., а также на ответные действия психиатров против целенаправленного разрушения психического здоровья нации. Всемогущие СМИ представляют психиатрическую службу виноватой перед обществом, представляющей угрозу благополучию, чести, достоинству, свободе и здоровью граждан, коррумпированную, некомпетентную ит.д. Свобода и демократия современных СМИ односторонняя – антипсихиатрическая. Они увеличивают число людей с психическими расстройствами и создают психологический барьер для обращения к психиатрам. Стигматизация психически больных распространилась на психиатрическую службу. На антипсихиатрический вызов эпохи нужно ответить и исправить нездоровую ситуацию.

Карпов Анатолий Михайлович
Семенихин Дмитрий Германович
Набиуллина Римма Рафаэльевна
Шмакова Мая Александровна
Все работают в ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия на кафедре психотерапии и наркологии. зав. – профессор А.М.Карпов.
Телефоны А.М.Карпова –
8-843- 2-72-41-51 – служебный.
8-843- 5-63-33-32 – домашний;
8-917-256-18-06 – мобильный.
Электронный адрес : kam1950@mail.ru

ИНТЕГРАТИВНАЯ ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОГРАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Г.Н. Кобозев, И.Ю. Орлов, А.В. Кудряшов, О.И. Наумова, В.Б. Вильянов (Москва)

Под наблюдением находилось 72 пациента с последствиями нарушения мозгового кровообращения (60 больных – 84,0%) и с последствиями ЧМТ (12 человек – 16,0%) при левосторонней локализации поражения. Легкая степень речевых нарушений была констатирована у 20 (28,6%) больных, средняя – у 19 (26,2%), средне-грубая – у 19 (26,2), грубые речевые нарушения – в 14 (19,0%) случаях. Больных с дизартриями было – 17 человек (23,8%), с афазиями – 55 (76,2%). Сенсорные афазии – 19 больных, моторные афазии – у 31, другие формы афазий – в 5 случаях наблюдений.

Результаты: Результативность выполнения теста Рейвена в группе больных с афазиями составляла 79,89±1,7 баллов, с дизартриями – 85,00±2,5 балла. У больных с афазиями при легких речевых нарушениях средние результаты тестов Рейвена составили 100,0±2,5 баллов, со средней степенью – 88,83±3,1 балла, со средне-грубой степенью – 81,45±3,8 балла, при грубых – 66,13±3,4 баллов.

Обсуждение полученных данных: Выявлена тенденция к ухудшению когнитивных показателей у больных с грубыми речевыми нарушениями. У больных с афазиями и дизартриями без учета тяжести речевых расстройств результативность Рейвена значимо не отличалась, при некоторой тенденции к более высоким показателям у больных с дизартриями, что в общем согласуется с представлением о дизартриях как расстройствах преимущественно подкорковых функций, в отличие от коркового характера нарушений при афазиях. Исследования по этапам выполнения теста Рейвена показало, что при средне-грубых и грубых речевых нарушениях страдает выполнение даже самых легких тестовых заданий серий «А» и «Б», предположительно связанных с правым полушарием, тогда как больные с легкой и средней степенью речевых расстройств эти задания выполняют без ошибок. Полученные результаты дают основания полагать, что тяжесть речевых нарушений включает в себя дефицит компенсаторных возможностей относительно сохранного контрлатерального пораженному очагу полушария. Это указывает на необходимость комплексного изучения механизмов патогенеза развития когнитивных нарушений во взаимосвязи с речевыми.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРАКСИСА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛОБНЫХ И ТЕМЕННО-ВИСОЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ

Г.Н. Кобозев, И.Ю. Орлов, А.В. Кудряшов, О.И. Наумова, В.Б. Вильянов (Москва)

Проведено обследование 30 больных с последствиями ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии с вовлечением задне-лобных и теменно-височных областей мозга. Локализация и объем поражения определялись с помощью МРТ исследования. Проводилось комплексное нейропсихологическое обследование с балльной оценкой высших психических функций (праксис, гнозис, слухо-речевая память, зрительная память, произвольный контроль, нейродинамика). В качестве интегративного показателя общей сохранности когнитивных функций использовался сокращенный вариант теста Рейвена (30 матриц). Был произведен расчет корреляции каждого из показателей оценки высших психических функций с итогом выполнения теста Рейвена. Статистическая обработка материала производилась с помощью программы STATISTICA 6.

Результаты исследования: У всех пациентов отмечалось когнитивное снижение. Средний показатель результативности выполнения теста Рейвена составил 81,4±4,7. Наибольшие значения коэффициента корреляции были получены по показателям праксиса. Самая сильная корреляция с динамическим мануальным праксисом (0,55), менее выраженная с кинестетическим (0,49) и конструктивным (0,50).

Выводы: Гипофронтальность оказывает наиболее дезорганизующее воздействие на выполнение теста Рейвена, поскольку выраженность динамической мануальной апраксии свидетельствует о неполноценности функционирования прецентральной области левого полушария. Корреляция с кинестетическим и конструктивным праксисом указывает на менее значимое влияние теменных областей.

КОРРЕЛЯЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ОБЪЕМА ОРГАНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ АССТРОЙСТВАМИ СОСУДИСТОГО ИЛИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Г.Н. Кобозев, И.Ю. Орлов, А.В. Кудряшов, О.И. Наумова, В.Б. Вильянов (Москва)

Материалы и методы: Обследовано 63 больных с последствиями органического поражения головного мозга (36 – с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, 27 пациентов с последствиями черепно-мозговых травм). Объем и тяжесть поражения определялись по результатам ЯМРТ.

Для получения сопоставимых количественных данных о тяжести поражения головного мозга была разработана шкала, включающая следующие градации: 1 балл – нет признаков органического поражения головного мозга; 2 балла – пограничные по значимости; 3 балла – изолированный малый очаг; 4 балла – малый очаг с отдельными признаками вовлеченности других участков мозга; 5 – большой ограниченный очаг; 6 – большой очаг с вовлеченностью других отделов; 7 баллов – большая площадь двустороннего поражения.

Исследование когнитивных функций проводилось с помощью теста Рейвена.

Результаты: В группе лиц с травматических повреждений средний показатель результативности выполнения теста Рейвена составлял 90,1±5,94 балла, в группе сосудистых повреждений 83,05±5,23. Исследование линейной корреляции между показателями выполнения теста Рейвена и оценки выраженности объема поражения мозга в общей группе больных (n = 63) выявило статистически значимую отрицательную связь ($r = -0,31$; $p < 0,01$).

Из общего числа больных была выделена группа пациентов с вовлеченностью лобных отделов – 32 человека. Показатель линейной корреляции между указанными показателями составил $r = 0,11$, что свидетельствует об отсутствии значимой связи. В группе лиц без указаний на вовлеченность лобных отделов мозга (31 человек) коэффициент линейной корреляции составлял $r = - 0,59$ ($p < 0,01$).

Выводы: При поражении лобных отделов мозга когнитивное снижение в меньшей степени зависит от объема органического дефекта, чем при локализации очага в других отделах, независимо от его генеза.

К ВОПРОСУ О ЗНАЧИМОСТИ И ПРЕСТИЖНОСТИ ПРОФЕССИИ ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Е.А. Козленко, Я.С. Оруджев (Волгоград)

С целью изучения зависимости между уровнями удовлетворенности значимостью и престижностью своей профессии и эмпатии с помощью методики Бадоева Т.Л. в модификации Руженской Е.В. и методики «Шкала эмоционального отклика» Меграбяна А.А. и Эпштейна Н.М. были опрошены врачи-психиатры.

Высокий уровень значимости и престижности профессии, характеризующий общую мотивацию профессиональной деятельности, был выявлен только у половины опрошенных (54,6%), средний уровень был обнаружен в 36,4% случаев, низкий – в 9,1%.

Такое профессионально значимое для психиатров качество, как эмпатия оказалось на довольно высоком уровне развития в опрошенной группе: 13,6% демонстрируют очень высокий уровень развития эмпатии, для 68,2% характерен высокий уровень развития эмпатии, для 18,2% – нормальный уровень. Низкий и очень низкий уровни развития эмпатии не были выявлены вообще.

У врачей с высоким уровнем удовлетворенности значимостью и престижностью профессии очень высокий уровень развития эмпатии был выявлен в 9,1% случаев, высокий – в 31,8%, нормальный – в 13,6%. 4,6% специалистов со средним уровнем удовлетворенности значимостью и престижностью профессии обнаруживают очень высокий уровень развития эмпатии, 27,3% – высокий, 4,6% – нормальный. 9,1% опрошенных с низким уровнем удовлетворенности значимостью и престижностью профессии показывают высокий уровень развития эмпатии.

Таким образом, взаимосвязи между уровнями удовлетворенности значимостью и престижностью профессии и эмпатии врачей-психиатров не выявлено. Высокий уровень развития эмпатии профессионалов отражает высокий уровень развития у них навыков взаимодействия в обществе.

АМБУЛАТОРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

М.А. Корнилова (Иркутск)

Проанализировано состояние амбулаторной психиатрической помощи населению на примере участка №1 амбулаторного отделения ОГУЗ Иркутского областного психоневрологического диспансера. Число больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь, в 2010 году составило 716,9 на 100 тыс. населения.

В 2010 году под диспансерным наблюдением на участке находилось 617 человек (1324,4 на 100 тыс. населения), из них с психозами и состоянием слабоумия – 777,0, психическими расстройства непсихотического характера – 221,1, умственной отсталостью – 326,3 на 100 тыс. населения. За последние 5 лет отмечается увеличение количества пациентов, снятых с диспансерного учета в связи с улучшением (с 36 чел. в 2006 г. до 50 чел. в 2010 г.), что обусловлено своевременной и адекватной терапией современными психотропными препаратами.

За последние 3 года сокращается число посещений больными участкового психиатра (с 5200 в 2008 г. до 3907 в 2010 г.), что связано с улучшением качества диспансерного наблюдения. Проведение адекватной профилактической работы среди населения участка привело к снижению количества госпитализаций пациентов в стационар; среди госпитализированных пациентов сокращается количество госпитализаций в общие отделения с преимущественным стационарным лечением в отделениях пограничных состояний и дневном стационаре. Уровень первичной инвалидности вследствие психических заболеваний среди населения участка был 7,3 на 10 тыс. населения в 2010 г. Показатель накопленной инвалидности составил 100,2 на 10 тыс. населения, однако, своевременное и качественное проведение лечебно-реабилитационных мероприятий позволило снизить количество пациентов с впервые установленными наиболее тяжелыми группами (первая и вторая) инвалидности.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

И.В. Кравченко (Санкт-Петербург)

Актуальность исследования определяется высокой частотой встречаемости несуицидального аутоагрессивного поведения у больных параноидной шизофрении в момент нахождения на принудительном лечении.

Целью исследования явилось изучение возможности реализации этапного подхода в лечение и профилактике несуицидального аутоагрессивного поведения у больных параноидной шизофренией, проходящих принудительное лечение.

Предметом клинико-катамнестического исследования послужили 19 больных параноидной шизофрений, совершивших несуицидальные аутоагрессивные действия в условиях принудительного стационарного лечения. Динамика клинических проявлений таких больных складывалась из нарастания психопатоподобных форм реагирования, включая нанесение несуицидальных самоповреждений в ответ на существующие режимные ограничения. Наличие у обследуемых выраженного негативизма к проводимому лечению и эпизодов психомоторного возбуждения требовало на первом этапе парентерального введения классических нейролептиков фенотиазинового, бутерофенонового и тиоксантенового ряда. После сглаживания наиболее грубой психопатоподобной симптоматики на первое место выходили признаки формирующегося дефекта личности при сохранении устойчивых асоциальных установок. В этом случае, тактика лечения предусматривала применение препаратов нейролептического ряда пролонгированного действия с рассмотрением возможности перехода на пероральный прием атипичных нейролептиков, а также активное привлечение клинических психологов и психотерапевтов для формирования социально-приемлемой модели поведения. Наконец, на третьем этапе происходило закрепление полученных навыков позитивного личностного реагирования на фоне приема минимально поддерживающих доз лекарственных препаратов. Подобный подход способствовал повышению эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у больных параноидной шизофренией в условиях принудительного стационарного лечения, включая снижение риска повторной реализации несуицидальных аутоагрессивных действий данной группой лиц.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА ДЛЯ ДЕТЕЙ

О.Е. Крахмалева, Т.И. Иванова (Омск)

Цель: оценка эффективности психиатрического стационара на дому для детей (ОИЛС).

Методы: клинические показатели (анализ поступления, клинко-психопатологическая оценка психического статуса), социально-экономическая оценка эффективности службы.

Клинические показатели. Анализ возраста поступления пациентов в ОИЛС за два года показал, что в 2009 году за специализированной помощью обращались 43 ребенка дошкольного возраста (22% от всех поступивших), в 2010 году эта цифра увеличилась в два раза – 82 человека (30,3% детей от все поступивших), среди которых 62% детей проживающих в семьях и 38% в детских домах. Данная тенденция отражает реалии современной психиатрии направленных на охрану психического здоровья детей дошкольного возраста. На основании клинико-психопатологической оценки выявлено, что у 20% детей проживающих в условиях социальной опеки отмечается стойкое улучшение психического состояния (улучшаются эмоционально – волевые и поведенческие нарушения, успеваемость), у 80% пролеченных детей сирот отмечается положительная динамика психического статуса.

Социально-экономические показатели. Оценка социальных показателей проводилась по анализу числа госпитализаций детей сирот в условия круглосуточного психиатрического стационара. Так, в 2008 году число детей сирот поступивших на обследование и лечение в круглосуточный стационар составило 158 человек (38,8% от общего числа госпитализированных), в 2009 году эта цифра составила 188 детей (37,2% от числа госпитализированных), в 2010 году – 142 сироты (28,5% от всех детей находившихся на лечении). Таким образом, больше количество детей сирот получали необходимую реабилитационную помощь по месту проживания силами персонала ОИЛС, что способствовала меньшей степени дезадаптации ребенка связанной с госпитализацией и сохранению уровня качества жизни в условиях доступного и необходимого психиатрического сервиса.

Таким образом, опыт работы детского стационара на дому подтверждает, что новая форма психиатрической помощи детскому населению является максимально доступной и качественной, что позволяет выйти на новый уровень в лечении психических расстройств у детей - интегрированный в социальной среде.

ФАКТОРЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЕ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН

Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х., Юркина Н.В., Власов А.А. (Челябинск)

Проведен сравнительный анализ социально-психологических факторов формирования женского алкоголизма у представительниц молодого, зрелого и позднего возраста.

Клинико-психологическим методом обследованы 66 пациенток страдающих алкогольной зависимостью. С учетом возрастного фактора было выделено 3 группы наблюдения: 1 группа (n=16) – подростки в возрасте 15 - 18 лет, 2 группа (n=35) – больные зрелого возраста (26 – 45 лет) и 3 группа (n = 15) лица позднего возраста (46 - 60 лет). Опираясь на типологию психологических механизмов формирования женского алкоголизма Л.К. Шайдуковой (1998) (адаптационный, субмиссивный, дисстрессивный, фрустрационный и депривационный) были рассмотрены факторы, обусловливающие формирование алкоголизма в женских группах.

Формированию алкогольной зависимости у несовершеннолетних пациенток способствовали - высокая наследственная предрасположенность, низкий образовательный уровень, нарушение микросоциальных связей, ранняя алкоголизация с переходом на прием суррогатов спирта еще на начальной стадии болезни. Ведущим вариантом формирования алкоголизма в группе несовершеннолетних являлся адаптационный, что можно объяснить возрастными психологическими особенностями формирующейся личности и влиянием микросоциального окружения. Основными факторами, оказывавшими влияние на возникновение алкоголизма у женщин зрелого возраста, являются алкогольная наследственность, нарушение микроструктуры родительской семьи, преморбидная психопатологическая отягощенность и депривационные условия. Ведущими типами формирования алкоголизма в данной группе являлись адаптационный и депривационный, что можно объяснить конформными установками больных и утратой социально-ролевого поведения со склонностью к формированию депрессивных расстройств. Ведущими вариантами формирования алкоголизма у больных позднего возраста являлись депривационный и фрустрационный, что можно объяснить влиянием социально-ролевого дефицита, низкими адаптационными возможностями в условиях коммуникативного вакуума и психотравмы.

Профилактические меры следует направить на раннюю диагностику с учетом клинико-психологических особенностей женского алкоголизма.

ОПЫТ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С СОЦИАЛЬНО-ОПАСНЫМИ БОЛЬНЫМИ

Е.В. Кудинова, И.А. Удальцова, А.В. Баранов (Тамбов)

Психообразовательная работа с социально-опасными пациентами направлена на повышение комплаентности пациентов, самостоятельном распознавании симптомов начинающегося обострения и научения приёмам совладания с остаточной болезненной симптоматикой (копинг). В целях обобщения практического опыта данного направления работы и оценки её эффективности были исследованы 110 пациентов (принудительное лечение и АДН), прошедшие полные циклы занятий в течение 2010-2011 г. Преобладали больные шизофренией (72,7%). Оценка результатов проводилась с помощью опросника, основанного на самоотчётах, и отражающего основные показатели эффективности. Результаты показали значительное улучшение базисных показателей по окончании цикла занятий по самооценке, уровню осведомлённости и степени уверенности (средний балл до начала занятий составил 15, а в финале программы увеличился вдвое 31). Помимо этого, анализ катамнеза пациентов показал снижение процента повторных поступлений в стационар по социальным причинам (стали доминировать обострение психического заболевания и трудности приобретения медикаментов в аптечной сети. Кроме того, в данной группе не отмечалось совершения повторных общественно-опасных действий. Таким образом, психообразование не только увеличивает объём знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но и одновременно достигаются и непрямые задачи программы (коммуникативные навыки и навыки повседневной жизни, стратегии разрешения проблем, повышается уровень социальной компетенции, вырабатывается установка на стимуляцию активной позиции пациента в преодолении психического расстройства и его последствий, повышается ответственность и выработка адекватной стратегии совладания, умение избегать криминогенных ситуаций.

БОЛЬНИЧНЫЕ ПАЦИЕНТЫ УКАЗЫВАЮТ СВОИ НУЖДЫ И ОЦЕНИВАЮТ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

А.Н. Куликов, Е.Б. Любов, Н.Б. Левина (Москва)

Цель: выявление нужд больничных пациентов и оценка ими психиатрической помощи

Материалы и методы. Анонимный невыборочный опрос по структурированному опроснику ОООИ «Новые возможности» охватил 378 пациентов (55% мужчин; 43,1±14,0 лет) острых психиатрических отделений в 9 регионах РФ. Инвалиды в связи с психическим расстройством (80%) в течение 15,5±12,3 лет. При близком к общероссийскому образовательном цензе работают в обычных условиях <6%, своя семья у <30%, хотя более 80% живут с близкими.

Результаты. До 30% пациентов описали как наиболее стрессогенные экстрапирамидные, метаболические побочные действия лекарств. В этой связи и/или из-за непонимания смысла лечения >1/2 пациентов собиралась оборвать лечение по выписке. Указан ранжир насущных жизненных нужд: материальный достаток (80%); физическое здоровье (71%); благополучие близких, удобное жилье регулярная пища (>65%); психическое здоровье (до 60%), но лишь ½ из последних связывает его с фармакотерапией. >55% тяготятся психотическими симптомами и/или «безразличием» (у 1/2 мысли о самоубийстве). Нуждаются в общении вне семьи 65% респондентов, в своем доме >60% лиц до 40 лет, в связи с чем хотят улучшить навыки самообслуживания, а также для помощи близким (66%). Быть «как все» занятыми хотят >50%(70% из них – инвалиды <5 лет), но оговаривают зарплату и условия щадящего труда, ждут (75%) «организации» для них интересных досугов. Однако лишь 1/3 пациентов полагаются на помощь психиатрической службы (больницы). Хотя > 80% респондентов оценили лечение как «удовлетворительное» (но лишь ¼ госпитализированных впервые), >70% пациентов нуждаются в ясных сведениях о своей болезни и/или (в большей мере) причинах госпитализации, действии и смысле приема лекарств, 66% -шансах полного выздоровления, признавая при этом (80%) важность взаимопонимания с медперсоналом, полагаемого 90% респондентами удовлетворительными. <20% пациентов ждут улучшения условий или качества лечения и могли дать какие-либо в этой связи рекомендации (до 80% «не держать долго»).

Выводы. Жизненные нужды тяжелых психически больных соответствуют таковым у здорового населения (за исключением приоритета психического здоровья); их выявление важно для организации и многоуровневой оценки эффективности целевой лечебно-реабилитационной помощи. Пациенты нуждаются не только во внимании, но и в обучении для соучастия в таком процессе.

ТОЧКИ ОПОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПОСЛЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ЦЕННОСТНОЙ СИСТЕМЕ ЛИЧНОСТИ

Е.М. Леонтьева, О.Е. Головина (Москва)

Практический опыт показывает, что реабилитация каждого пациента психиатрического стационара – уникальная работа. Она тесно связана с происходящим после психоза (или обострения болезни) переосмыслением всей жизненной ситуации пациента. И для этой уникальной работы необходимы точки опоры, связанные с приобретенным в болезни опытом личности. Их можно находить в изменении ценностей.

Пациентов, принимавших участие в обширном исследовании ценностной сферы с использованием различных методик (в том числе классификации набора из 22 ценностей) просили рассказать о том, что произошло с их жизненными ценностями после наступления болезни.

Всего было проанализировано 48 ответов больных шизофренией (кодировка F20 – F29 по МКБ-10 – шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства) в возрасте от 20 до 50 лет, из которых 20 человек были мужчинами и 28 – женщинами.

Почти все участники исследования указали, что ими действительно была произведена переоценка привычных ценностей (91,7%). Но более важным результатом является то, что данная переоценка в большинстве случаев (93,2%) была субъективно воспринята как положительно направленная, т.е. произведенное переосмысление значимости ценностей создает для личности больного новое ресурсное поле.

Содержательно наиболее часто переоценка касалась таких ценностей как семья (35%), здоровье (26%) и реалистическое восприятие себя и окружающего (16%). Реабилитационная работа с опорой на эти ценности позволяет налаживать и поддерживать продуктивный контакт с лечащим врачом и психологом, нацеленный на овладение границами реальности, создание внутренней мотивации к выздоровлению и на преодоление нарушения социальной направленности, характерного для расстройств шизофренического круга.

Таким образом, используя разнообразный ценностной материал можно говорить о приобретении пациентами нового опыта болезни, выходя за привычные рамки работы с содержанием симптоматики. И информация о переоценке ценностей становится значимым ресурсом, позволяющим выработке индивидуального подхода в реабилитационной работе.

ВНЕВЕДОМСТВЕННЫЕ РЕГУЛЯТОРЫ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

О.В. Лиманкин (Санкт-Петербург)

Опыт развитых стран демонстрирует участие трех сторон в обеспечении качества психиатрической помощи – государства (в лице отраслевого министерства), профессионального медицинского сообщества (представленного медицинскими ассоциациями) и потребителей помощи (пациентов и членов их семьей).

В такой модели государственному регулятору отведены надзорные и контрольно-разрешительные функции, и его участие носит либо формальный характер (например, выдача лицензий на основе сертификата), либо опосредованный (например, финансирование фондов, страхующих профессиональные риски, инвестирование перспективных научных исследований). Основная ответственность за качество помощи возлагается на носителей профессии, чья профессиональная деятельность управляется медицинскими ассоциациями (разработка стандартов и контроль за их использованием, жесткая система непрерывного последипломного образования, соблюдение корпоративной этики, страхование профессиональной ответственности). С развитием движения потребителей психиатрической помощи усиливается их роль в обеспечении качества помощи, что проявляется в отстаивании ими своей позиции относительно характера предлагаемых услуг, оценке качества различных программ.

В отечественной психиатрии до настоящего времени сохраняется модель государственного регулирования качества помощи. Несмотря на то, что в последние годы психиатрические службы практикуют опросы пациентов и их родственников по поводу их удовлетворенности деятельностью психиатрических учреждений, до настоящего времени отсутствует алгоритм и практический опыт использования мнения потребителей при разработке, реализации и оценке эффективности федеральных и региональных целевых программ.

Что касается модели общественного здравоохранения, то формирование института саморегулирования, передача полномочий от госрегулятора профессиональным медицинским объединением выглядят достаточно проблемными. С одной стороны, отраслевое министерство тормозит процесс делегирования соответствующих функций, включающих разработку стандартов, последипломное обучение и аттестацию. С другой стороны, профессиональные медицинские объединения (и РОП не является в этом смысле исключением) ни в структурном, ни в функциональном отношении пока не готовы такие функции принять; они нуждаются в существенной реорганизации с учетом прогноза развития общественного здравоохранения и интересов службы.

ПРОФИЛАКТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Л.В. Лукина, Н.В. Семенова, Л.И. Ситник (Санкт-Петербург)

Актуальность профилактики и лечения аффективных расстройств в восстановительном периоде инсульта является доказанной. Существует даже мнение о необходимости проведения превентивного лечения антидепрессантами, начиная с ранних этапов реабилитации после перенесенной сосудистой катастрофы. Основная задача - максимальное восстановление физических и психических функций, а также социального, семейного функционирования пациента независимо от тяжести перенесенного инсульта.

Лечение аффективных расстройств должно быть:

- комплексным — включающим медикаментозные и психологические методы лечения наряду с социальными вмешательствами;

- многоуровневым — коррекция психофизического состояния больного, его внутриличностных конфликтов, установок, отношения к болезни и лечению, а также работа с ближайшим окружением пациентов (семья, близкие, друзья);

- многопрофильным — подключение врачей (психиатров, психотерапевтов, врачей лечебной физкультуры и физиотерапии), медицинских психологов, логопедов, а также специально подготовленный средний медицинский персонал, социальных работников и специалистов в области терапии занятостью.

Помимо базового курса терапии, направленного на восстановление мозговой гемодинамики и метаболизма, необходимо проводить медикаментозную и психотерапевтическую коррекцию психопатологических синдромов. Основным методом коррекции депрессивных расстройств является терапия антидепрессантами, однако, в настоящее время у пациентов в остром периоде инсульта такая терапия проводится не всегда. При назначении психофармакологических препаратов следует учитывать не только биохимические воздействия лекарственного вещества, но и особенности интеракции с другими медикаментами, прежде всего, с ноотропными, вазоактивными и гипотензивными.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.А. Мальцева, М.В. Злоказова (Киров)

В последнее время все большее внимание уделяется структуре личности и ее особенностям у пациентов с шизофренией (Коцюбинский А.П. и соавт., 2004; Дитятковский М.А. и соавт., 2006) в связи с тем, что акцент оказания психиатрической помощи смещается в сторону партнерства (Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., 2010).

Цель исследования: изучить базовые личностные особенности пациентов молодого возраста с шизофренией.

Материал и методы: на базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева проводилось исследование личностных особенностей у 54 пациентов с шизофренией (40 – мужчин и 14 – женщин) в возрасте от 18 до 40 лет, проживающих в г. Кирове и области. Пациенты с параноидной шизофренией составили 88,9%, простой формой – 7,4%, псевдоневротической и бедной симптомами шизофренией – 3,7%. Средняя длительность заболевания – 6,3 $\pm$ 5,2. Использовался индивидуально-типологический опросник (ИТО) Л.Н. Собчик (2009).

Результаты и обсуждение: у 17 (31,5%) пациентов анализ личностных особенностей не проводился в связи с высокими баллами по шкале «лжи», что свидетельствовало о значительной настороженности.

Среди оставшихся 37 пациентов у 21 (56,8%) обнаруживалось значительное эмоциональное напряжение и затрудненная социальная адаптация (преобладали избыточные баллы по шкалам тревожности – 28,6%, интроверсии – 23,8%, лабильности – 19,0%); у 14 (37,8%) - выявлялась акцентуация тех или иных свойств личности и их сочетания (интроверсия – 57,1%, лабильность – 50,0%, сензитивность – 35,7%, тревожность – 28,6%, ригидность – 28,6%). Лишь у 2 (5,4%) пациентов отмечалось наличие гармоничной личности. Внутренний конфликт с неудовлетворенностью собой, связанный со стремлением компенсировать одну черту характера другой - противоположной, был выявлен у 30 (81,1%) обследованных.

Полученные результаты необходимо учитывать при составлении индивидуальных реабилитационных программ для данного контингента пациентов.

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МИШЕНЕЙ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ЮНОШАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ПЕРВЫЙ ПРИСТУП ЮЭПП

М.А. Маричева, А.Н. Бархатова, В.Г. Каледа (Москва)

Целью настоящего исследования явилось определение специфических мишеней психотерапевтической работы у больных, перенесших первый приступ юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП).

Материал и методы исследования. Изучено 77 больных мужского пола юношеского возраста (16-25 лет), перенесших первый приступ ЮЭПП [F20, F25, F30.21 и F32.3] кататонической (I группа), галлюцинаторно-бредовой (II группа) и аффективно-бредовой (III группа) структуры (9, 31 и 37 больных, соответственно). Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрические [методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э.Хайма, Копинг-тест Лазаруса, ТОБОЛ (диагностика типа отношения к болезни)] и статистический.

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе проведенного исследования были установлены ряд как общих особенностей, обусловленных психобиологическим влиянием пубертатного возраста, так и различия в субъективном отношении к болезни и характере преобладающих копинг-стратегий, коррелирующих с психопатологической структурой первого приступа ЮЭПП. Больные I группы значимо чаще демонстрировали отрицание факта болезни, преуменьшение значения/выраженности симптомов заболевания, прибегая к широкому спектру избегающих копинг-стратегий. У больных II группы преобладал стенический тип отношения к болезни, обуславливающий высокую частоту использования рационализаций и самоконтроля в качестве копинг-стратегий. Больных III группы отличало наиболее полное осознание болезни, что коррелировало с большей представленностью сенситивного, меланхолического и ипохондрического типов отношения к болезни. В используемых копинг-стратегиях этой группы больных преобладали избегание, положительная переоценка и обращение за помощью.

Выводы. Таким образом, исследование показало, что данная когорта пациентов нуждается в различных подходах к психотерапевтическому вмешательству. Так, наиболее эффективными для I группы оказалось вовлечение в арт-терапевтическую работу и участие в поддерживающих психотерапевтических группах. Для II группы наиболее показаны когнитивно-поведенческая терапия и психообразовательные занятия. В то время как пациенты III группы с максимальной пользой могут использовать участие в поддерживающих и психообразовательных группах, тренингах коммуникативных навыков, а также в работе с ними могут быть использованы отдельные техники когнитивно-поведенческой терапии.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ РЕМИССИЯМИ

Я.А. Меринова (Иркутск)

Обследовано 22 больных, городских жителя, состоящих ранее на диспансерном учете в ИОПНД с диагнозом синдромом зависимости от алкоголя средней степени и находящихся в стадии ремиссии в течение 3-х и более лет (муж.- 17 (77.3%), жен.- 5 (22.7%)). Возраст обследованных больных варьировал от 32 до 60 лет. Большинство (68,4%) имели высшее или среднее специальное образование и были заняты в сфере обслуживания или имели профессиональный статус квалифицированных рабочих, в единичных случаях были заняты малоквалифицированным трудом или являлись предпринимателями. На момент обследования подавляющее большинство (86.4%) продолжали трудовую деятельность. Среди работающего контингента у большей половины выявлен устойчивый профессиональный статус с сохранением постоянного места работы более 3-х лет; у 36,9 % наблюдений имел место непродолжительный опыт работы по специальности с частыми сменами профиля и места работы. В половине наблюдений больные состояли в браке; разведены – 27,3%, овдовели – 9,1%, в браке не состояли – 13,6%. Детность (наличие 1-го или 2-х детей) выявлена в 81,9% наблюдений. Совместное проживание с собственной семьей отмечено у большей половины обследованных (59,1%), меньшее число проживало с родителями, в единичных случаях - с детьми или были одиноки. В 86,4% отсутствовала отягощенность наследственности психонаркологическими заболеваниями. Средний возраст начала употребления алкогольных напитков составил – 15,9 $\pm$0,3 лет, средняя продолжительность злоупотребления алкоголем – 9,1$\pm$0,3 лет, Все пациенты проходили стационарное лечение в наркологическом отделении с частотой госпитализации 68,1% - 2 и более. Острые алкогольные психозы (галлюциноз, делирий) перенесла 1/3 больных. У большинства (86,4%) отмечен обсессивно-компульсивный тип влечения к алкоголю. Большая часть (59,1%) получала поддерживающую терапию.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРВОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Мингазов А.Х., Кривулин Е.Н., Юркина Н.В., Власов А.А., Васильев В.Н. (Челябинск)

Распространенность алкогольных психозов среди лиц молодого возраста вызывает проблемы медицинского, социального и экономического характера. В данном контексте особый интерес представляет изучение клинических особенностей психозов и выделение биологических и социально-психологических факторов, участвующих в развитии первого алкогольного психоза у данного контингента больных.

С целью изучения клинических особенностей и выделения комплекса факторов, способствующих формированию первого алкогольного психоза клинико-психопатологическому, клинико-динамическому и клинико-катамнестическому исследованию подверглись 25 пациентов (17-25 лет) мужского и женского пола с первым алкогольным психозом. Группа сравнения составили больные зрелого возраста - 26-45 лет (n=25), впервые госпитализированы с алкогольным психозом.

Сравнительный анализ результатов исследований показал, что развитию первого алкогольного психоза у пациентов молодого возраста способствовали: резидуально-органическая церебральная недостаточность, деформация личности в преморбиде с готовностью к любым формам асоциального поведения, деструктивные формы воспитания, отсутствие контроля над обучением и развитием нравственно-этических ценностей, ранняя алкоголизация, стремительное развитие и злокачественное течение раннего алкоголизма, начало и окончание психоза депрессивной симптоматикой, преобладание в структуре психоза беспокойства, аффекта страха, вербального галлюциноза, галлюцинаторного бреда с сексуально-направленной концепцией.

Полученные данные требуют дальнейшего клинического изучения с учетом полового и возрастного аспектов для разработки дифференцированных профилактических мероприятий.

ПАТОПЛАСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ БРЕДА РЕВНОСТИ У ЖЕНЩИН ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО КРУГА

В.Б. Миникаев (Москва)

В настоящее время уделяется большое внимание совершенствованию лечебно-реабилитационного процесса оказания психиатрической помощи, в связи с чем, своевременная диагностика начала развития психических заболеваний приобретает особую значимость. Однако недостаточно исследованы патопластические факторы, провоцирующие манифестацию бреда ревности шизофренического спектра у женщин.

Обследованы 50 пациентов (36 мужчин и 14 женщин) с расстройствами шизофренического круга, в клинической картине которых существенное место занимал бред ревности (основная группа), а также 40 больных (29 мужчин и 11 женщин) с расстройствами шизофренического спектра, в структуре которых ведущим был бред воздействия и преследования, но без бреда ревности (контрольная группа). На основе сопоставления с контрольной группой выделена группа статистически достоверных факторов, которые могут способствовать возникновению бреда ревности у женщин при шизофрении.

43% обследованным преморбидно были присущи эпилептоидные качества личности, 28% имели паранойяльные и 21% - шизоидные характерологические черты. В числе социально-психологических факторов, выявлялась дисгармония супружеских отношений (психологическая (50%) и сексуальная (36%) несовместимость) и провоцирующее поведение партнера (43%). Из биологических факторов гинекологические заболевания (аборты, гинекологические операции, осложнения беременности и родов) имели место более чем у трети больных (36%).

Полученные данные позволяют предположить, что перечисленные неблагоприятные биологические и социально – психологические причины, выступают в качестве провоцирующих или патопластических факторов в формировании именно бреда ревности у женщин при шизофрении.

ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Мовина Л.Г., Листратова М.В., Голланд Э.В., Кузнецова О.Г. (Москва)

На сегодняшний день накоплено много данных о нарушении социальных когниций у больных шизофренией. При этом большое внимание уделяется изучению эмоционального интеллекта, доказана его связь с социальной компетентностью и социальным функционированием, предложены методы коррекции, в основе которых лежит освоение навыков распознавания и использования определенных паттернов поведения, т.е. умение использовать определенные шаблоны. Однако эффективность этих программ оценивается неоднозначно, поскольку остается неясным вопрос стойкости приобретенных навыков и их генерализации. Вместе с тем, эмпирический опыт показывает, что при включении пациента в любую форму групповой психосоциальной терапии, независимо от ее направленности, происходит стимуляция эмоционально-волевой сферы, повышается его социальная активность.

С целью коррекции нарушений эмоционального интеллекта на базе отделения психосоциальной реабилитации ФГУ «МНИИП» Минздравсоцразвития России разрабатывается программа занятий, основным принципом которой является косвенное воздействие на эмоциональное и социальное восприятие. Работа ведется по трем направлениям: 1) выделение, обозначение и обсуждение эмоций на примере произведений искусства; 2) обучение навыку выявления собственных эмоций и их вербализация; 3) тренировка навыка выражения собственных эмоций.

Занятия проходят в открытых группах (5-10 человек), с медленно обновляющимся составом. В группу направляются пациенты, имеющие проблемы в сфере социальных когниций, страдающие шизофренией или расстройствами шизофренического спектра в состоянии ремиссии, в том числе неполной ремиссии. Противопоказанием для участия в группе являются выраженные нарушения интеллектуально – мнестической сферы.

Занятия четко структурированы, проходят раз в неделю по 1,5 часа. В ходе занятий на материале литературных, изобразительных и музыкальных произведений проводится групповая дискуссия, обсуждаются переживаемые участниками эмоции, что способствует формированию навыков идентификации собственных эмоций. Также применяются различные упражнения, направленные на развитие как эмоциональной экспрессии, так и способности распознавать эмоции другого. При этом активно используется индивидуальный опыт пациентов — например, поиск необходимой интонации в определенной ситуации основывается на том, что он вспоминает ситуацию, в которой испытывал аналогичные эмоции.

Таким образом, программа рассчитана на освоение навыков идентификации и выражения собственных эмоции, а также распознавания эмоций другого человека по его интонации, мимике и позе. В основе этого обучения лежит не механическое запоминание, как те или иные эмоции связанны с внешними проявлениями, а обучение пониманию связей между собственными эмоциями и их выражением самим пациентом.

МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОАКТИВНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

П.Н. Москвитин (Новокузнецк)

Актуальность. В разработке мер профилактики наркозависимого поведения недостаточное внимание уделяется изучению мотивационно-потребностной сферы личности подростков и влиянию этого важного структурно-психологического образования личности на формирование здоровьесберегающего поведения. Подростковый возраст характеризуется кризисом личностного развития, потребностью в признании и популярности, а в тренинговой группе создаются условия развития способностей к сотрудничеству, развивается умение высказать свои мысли и отстоять свою точку зрения в споре, обозначить возможность согласия с оппонентами, помогает процессу социализации.

Метод. На основе метода «профилактическая позитивная психодрама» – нового личностно-ориентированного метода психопрофилактики (Москвитин П.Н., 2002-2010) разработана программа развития личностной зрелости школьников путем инсценирования их жизненного опыта через проигрывание ролей, направленная на активизацию психических процессов, гармоничное развитие личности участников, их позитивную социализацию. Реализация программы тренингов позволяет достигать цели социального конструирование межличностных и межгрупповых отношений, направленных на поиск позитивного выхода из проблемной ситуации, а также на получение позитивных эмоций. Это достигается особой ролью психолога/психотерапевта, создающего в кульминационный момент апогея конфликта безопасную и конструктивную атмосферу «профилактической консультации» техниками психопрофилактической коммуникации на тему, заданную динамикой тренинга и разыгранной микродрамой. Программа тренингов опирается на концепцию экзистенциально-гуманистического подхода и исследует формирование отношений подростка в трех аспектах: 1) отношение к себе; 2) отношение к другому и 3) отношение к миру. В этом состоит принципиальное отличие метода от классической психодрамы Я. Морено.

Результаты. В ходе проведения годовой программы тренингов отмечено достоверное изменение мотивировки на употребления ПАВ в экспериментальной группе подростков 8, 9, 10 классов в сравнении с контрольной, по 100 человек каждая. Разработанный групповой метод первичной экзистенциально-гуманистической профилактики позволяет снизить спрос на психоактивные вещества среди детей и подростков.

МОНИТОРИНГ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Л.Н. Никитин (Чебоксары)

В целях оптимизации оказания психиатрической помощи и получения обратной связи при лечении больных в ГУЗ «Республиканская психиатрическая больница» с 2005 г. 2 раза в год проводится анонимный опрос пациентов и их родственников на удовлетворенность качеством медицинского обслуживания. В мониторинге участвуют пациенты всех стационарных отделений (по 10 человек с отделения), завершающих лечение в условиях стационара и готовящихся к выписке. Анкета содержит 19 основных разделов на различные виды удовлетворенностей по 4 уровням оценки, касающихся сфер медицинского обслуживания, начиная от обследования и лечения и заканчивая досугом больных. При проведении мониторинга учитывались удовлетворенность отношения к больному заведующего отделением, лечащего врача, среднего медперсонала, младшего медперсонала, качества лечебной работы. Существенную роль отводилась на соблюдение прав больных в отделении, условия содержания в палатах, условия пребывания в отделении. Большое внимание уделялось на качество питания, достаточность питания, качество лечебного процесса, возможность общаться с родственниками, возможность организации досуга в отделении, удовлетворенность социальным обслуживанием, возможность совершать религиозные обряды, наличие периодической печати в отделении, возможность пользоваться библиотекой, возможность использования трудовых навыков и процессов, соблюдения личной гигиены, прогулочных мероприятий.

Данные мониторинга показали, что в целом по больнице постепенно улучшались основные показатели деятельности стационара. Так, вырос процент удовлетворенности отношения больных с младшим медперсоналом с 79 до 84,5%. Также вырос процент удовлетворенности условиями содержания в палатах (с 72 до 79%), качеством питания (с 42 до 65%), наличия периодической печати в отделениях (с 56,5 до 66,5%), возможностью использования трудовых навыков и процессов (с 61 до 72%).

Анализ показывает, что в отделениях, где созданы благоприятные условия для больных, и проводится не только биологическая терапия, а полноценная бригадная форма ведения, больные остаются довольными и ходом лечения и пребыванием в стационаре. Одновременно улучшаются и показатели деятельности больницы.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

М.В. Одегова, Е.Ю. Палкина, Е.Ф. Потехина, Т.В. Кривошеева (Иваново)

Значение психотерапии в лечении психических расстройств подчеркивают многие отечественные и зарубежные психиатры. При любом психическом заболевании формируется специфическая дефицитарная симптоматика, коррекция которой является одной из важнейших задач реабилитации в психиатрии.

Негативная симптоматика поддается относительной коррекции, к дефекту же можно только адаптировать пациента за счет коррекции негативной симптоматики в других сферах.

В ходе реабилитационной работы нами выявлено, что для различных форм дефекта и негативной симптоматики необходимы свои программы реабилитации. Было выделено 3 уровня направлений коррекционной работы, соответствующие 3 основным регистрам психических расстройств (Э. Крепелин).

Первый регистр – «невротических и аффективных расстройств» по Крепелину соответствует 1-4 рангам негативных психических расстройств по А.В. Снежневскому. Второй регистр – «шизофренический» – соответствует 5-6 рангам негативных расстройств. «Органический» регистр – 7-10 рангам.

Чем меньше степень выраженности нарушений, тем шире набор реабилитационных возможностей. При наличии дефекта в «невротическом и аффективном» регистре адаптация дефекта личности достигается коррекцией нарушенных параметров личности и снижения других психических функций. При дефекте в «шизофреническом» регистре проводится коррекция волевого снижения за счет создания волевых импульсов извне на фоне условно сохранного интеллекта. При дефекте в «органическом регистре» – коррекция симптоматических проявлений без опоры на структуру личности и интеллект.

Данная реабилитационная программа показала хорошие результаты: отмечены положительные сдвиги в дефицитарной симптоматике, удалось добиться снижения сроков пребывания больных в стационаре, улучшения качества и длительности ремиссий.

КЛИНИКА «ПИВНОГО» АЛКОГОЛИЗМА

А.В.Орлов (Москва)

Цель исследования: Поиск клинических особенностей алкоголизма с доминированием в потреблении пива или водки.

Материалы и методы: Выборочное, структурированное, ретроспективное обследование 56 больных с диагнозом алкогольной зависимостью (F10.2), поступивших для лечения в Московский научно-практический центр наркологии. Больные были обследованы по стандартизированной клинико-анамнестической карте, содержащей 71 анамнестический и клинический пункт. В работе использовался парный метод: больные с доминированием в запое пива или водки подбирались по полу и возрасту.

Результаты: Среди обследованных больных 14 (25%) женщин и 42 (75%) мужчин в возрасте от 22 до 62 лет. Обе группы пациентов по большому ряду социальных показателей (образование, семейное положение, доход, наличие работы, возраст начала трудовой деятельности) и субъективной оценки своего здоровья различий не обнаружили. Больные «пивным» алкоголизмом раньше «водочных» начинают систематическое потребление алкоголя (медиана 21 год vs. 23 года; p=0,02), у них более короткие запои, как в последний год перед обследованием (медиана 6 дней vs. 14 дней; p=0,007), так и в начале. Пациенты с «пивным» алкоголизмом в сравнении с «водочным» потребляют в запое меньше этанола (150,0 vs. 260,0; p=0,002), значительно реже прекращают запои из-за плохого соматического состояния. При «пивном» алкоголизме реже встречается алкогольная болезнь печени (p=0,03).

Выводы: Результаты показывают, что несмотря более раннее начало злоупотребления спиртным «пивной» алкоголизмом протекает мягче и с меньшими осложнениями, хотя между этими двумя видами злоупотребления много сходства.

ПРОБЛЕМА ФАКТОРА ХРОНИЧНОСТИ В ПСИХИАТРИИ

И.С.Павлов (Москва)

Понятие «хронический» определяется как длительный, непрерывный, затяжной. Основной контингент больных, наблюдаемых в сфере медицины (психиатрия не исключение), к сожалению, являются больные, страдающие хроническими заболеваниями и с хронизацией острых.

Общепринятыми парадигмами в психиатрии являются: 1. Биологическая; 2. Генетическая; 3. Психоаналитическая (особые отношения ребенка с матерью); 4. Нейрофизиологическая.

Важно учитывать, что психопатологические феномены это не нечто новое, а как психопатология сигнализирует о звеньях механизмов, происходящих в ЦНС в норме, но вырванными факторами нозологии из общего контекста психической деятельности. Так, например, те механизмы, которые участвуют в порождении чувства реальности, веры в истинность, но вырванные из целостности процесса познания, порождают, кристаллизуют бред.

К сожалению, в литературе недостаточно отражен анализ, сопоставление терапевтического воздействия на биохимию (гемосорбция) и на ЦНС – электрошоковая терапия, что в какой-то мере позволило бы уточнить, природу расстройств. К сожалению, эти воздействия непродолжительные, так как в этих случаях остается интактным фактор хроничности. В первом случае выявление специфических фракций детоксиканта, во втором – анализ нарушения и восстановления звеньев функциональных систем по П.К. Анохину.

Прежде чем говорить о факторе хроничности в психиатрии важно более детально, пристально изучать феномены схизиса (амбивалентность, амбитендентность), то есть нарушение семантического единства, фактор психотичности (позитивная симптоматика), фактор негативной симптоматики.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ НЕМАНИФЕСТНОЙ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О.Н. Павлова (Иркутск)

Проведен анализ социально-демографических особенностей больных неманифестной приступообразной шизофренией (n=53) в зависимости от возраста активного проявления заболевания: пре- и пубертатный период – 47,2% (1-я клиническая группа), юношеский возраст – 11,3% (2-я клиническая группа), зрелый возраст – 41,5% (3-я клиническая группа). Средний возраст к моменту настоящего исследования составил 31,5±1,7 лет; средняя длительность активного этапа заболевания – 10,1±1,0 лет. Выявлена большая частота высшего образования в 3-й клинической группе в сравнении с 1-й ($p<0,002$); во 2-й клинической группе отмечена большая частота среднего и неполного среднего образования в сравнении с 3-й ($p\leq0,05$). Среди больных 3-ей клинической группы достоверно больше оказалось число лиц, занятых в сфере умственного труда (преподаватели, врачи, экономисты) в сравнении с заболевшими в пре- и пубертатном возрасте (1-я клиническая группа) ($p<0,008$). Среди больных 1-й и 2-й клинических групп в сравнении с 3-й достоверно чаще встречались лица, не имеющие профессии ($p<0,02$). В группе больных с началом активного течения заболевания в пре-, пубертатном и юношеском возрасте выявлено значительное число лиц, оставивших работу. Среди продолжающих обучение в колледжах или ВУЗах, достоверно чаще выявлялись лица с активным началом болезни в пре- и пубертатном возрасте по сравнении с дебютом болезни в юношеском возрасте ($p<0,002$). Больных всех 3-х клинических групп с различным возрастом активного начала заболевания отличает низкая брачная активность: не вступали в брак 62,2%, были в разводе – 17,1%, состояли в гражданском браке – 11,3%, официальном браке – 9,4%. Большинство пациентов (75,5%) не имело детей. Отмечены достоверные различия ($p<0,009$) в большей частоте бездетных лиц с началом активного течения болезни в пре- и пубертатном возрасте в отличие от позднего дебюта заболевания.

ТРУДОУСТРОЙСТВО С ПОДДЕРЖКОЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

О.О.Папсуев, Н.Б.Левина, Л.Я.Висневская (Москва)

С 2009 года в отделении психосоциальной реабилитации ФГУ «МНИИП» Минздравсоциазвития РФ проводится разработка модели поддерживаемого трудоустройства пациентов с тяжелыми психическими расстройствами.

Модуль состоит из нескольких этапов и включает в себя этап клинико-социальной оценки статуса пациента с определением его потребностей, «сильных сторон» пациента, мишеней и формата работы, этап непосредственного психосоциального вмешательства в групповом формате, индивидуальную работу с пациентом, а также межведомственное взаимодействие с городским центром занятости (отдел содействия занятости инвалидов), бюро МСЭК, районным ПНД, общественной организацией инвалидов «Новые возможности», налаживание континуума подготовки к трудоустройству и катамнестического наблюдения уже трудоустроенных пациентов с целью поддержки и сохранения рабочего места.

Пациенты подразделяются на группы исходя из их социального, психического статуса, потребностей, мотивации и отношения к трудоустройству, предыдущего опыта работы или учебы.

В процессе клинико-социального обследования были выявлены мишени психосоциальной работы: отсутствие мотивации к занятости, утрата навыков ежедневной трудовой деятельности (нарушенный режим дня, несоблюдение личной гигиены, коммуникативные затруднения, заниженная самооценка и др.), несоответствие запросов реальным возможностям пациента, невостребованность профессии или невозможность продолжения трудовой деятельности по имеющейся профессии.

В результате реализации модуля поддерживаемого трудоустройства при содействии Центра занятости инвалидов ЦАО гор. Москвы 52 пациента были трудоустроены на предприятия города на общих основаниях.

Сведения об авторах:

ФГБУ «МНИИП» Минздравсоцразвития РФ

Папсуев Олег Олегович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, oleg.papsouev@gmail.com телефон: 8 926 2046149

Висневская Лидия Яновна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, телефон: 8 906 0320079

Левина Нелли Борисовна, старший научный сотрудник, телефон: 8 916 0892067

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ И АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Петрова Н.Н., Серазетдинова Л.Г., Малеваная О.В. (Санкт-Петербург)

В последние годы в отечественной психиатрии психообразование активно внедряется в систему реабилитации психически больных, особенно в клинике первого психотического эпизода. На примере 32 больных параноидной шизофренией (средний возраст 33,62г., длительность заболевания 11,93г., возраст начала болезни 21,56г.) осуществлен анализ эффективности психообразовательной программы, осуществляемой на этапе хронического течения в период ремиссии в группе закрытого типа психиатром-психотерапевтом в условиях амбулаторной практики. Применялось интерактивное обучение, направленное на формирование комплайенса, совладание с болезнью, улучшение адаптации пациентов. Применялись оригинальная рейтинговая шкала, опросник Хейма для изучения копинга, ВАШ для оценки связанного со здоровьем качества жизни, методика ТОБОЛ для определения типа отношения к болезни. Использованы методы описательной и аналитической статистики, программа SPSS, коэффициент корреляции Спирмена. Показано, что основные пути включения пациентов в психообразовательную программу – направление врачом дневного стационара (40%) или реабилитационного отделения (60%). Полный цикл психообразования прошли 44% больных. Результаты исследования продемонстрировали целесообразность применения интегративной интерактивной модели психообразовательной программы, включающей медицинский информационный модуль, модули тренинга межперсонального общения и поведенческой терапии. Отмечен рост адаптивности копинг-поведения во всех сферах и гармонизация внутренней картины болезни. Отчетливыми индикаторами эффективности психообразования служит увеличение у больных словарного запаса и овладение ими актуальными медицинскими терминами. Достоверно возрос уровень определенных знаний пациентов о болезни, улучшилось их качество жизни. Подтверждено значение микросоциальной адаптации, положительной роли семейной поддержки в успешности психообразования за счет усиления мотивации пациентов к участию в программе. Значимыми факторами эффективности психообразования также явились возрастные особенности пациентов и давность заболевания. Не выявлено влияния психобразования на стигматизацию больных шизофренией. В целом, можно констатировать повышение в результате психообразования адаптивного потенциала личности пациентов. Представляется целесообразной динамическая оценка адаптационных характеристик больных в процессе психообразования. Полученные данные могут быть использованы при разработке системы оценки психообразования.

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ПЕРЕГОРАНИЯ В ПСИХИАТРИИ

Е.В. Петрова (Санкт-Петербург)

Из-за широкой распространенности в настоящее время актуально изучение профессиональной дезадаптации врачей и медицинского персонала психиатрических учреждений. Данный контингент подвержен синдрому перегорания ввиду особенностей своей деятельности. К этим особенностям относят обслуживание пациентов с труднокурабельными хроническими заболеваниями, необходимость искреннего сочувствия, полного погружения в проблемное поле пациента, пренебрежения личными переживаниями. Отдельные зарубежные исследователи публикуют данные о характерных признаках синдрома перегорания, таких как: отстранение и безразличие к пациенту (в Испании), эмоциональное истощение (в Великобритании), низкая оценка своей компетентности (во Франции), циничное отношение и утрата интереса к пациенту (в Хорватии). В отечественных исследованиях среди отдельных проявлений синдрома перегорания чаще всего определялась редукция профессиональных достижений и снижение самооценки медицинского персонала. В нашем исследовании респонденты – врачи и медицинские сестры амбулаторных и стационарных психиатрических учреждений – заполняли опросник «Системный индекс синдрома перегорания на основе MBI». Результаты исследования еще раз подтвердили положение о характерных признаках синдрома перегорания: показатель неудовлетворенности профессиональными достижениями вышел за пределы нормы у всех опрошенных. Также выявлялось безразличие и отсутствие эмпатии к пациенту («деперсонализация»); в меньшей степени – «эмоциональное истощение». Подробное изучение феномена перегорания в психиатрии позволит разработать программы профилактики данного синдрома и реабилитации медицинских работников.

ПАТОДИНАМИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В.М.Полецкий (Челябинск)

Актуальность проблемы органических и резидуально-органических расстройств, подтверждает важность разработки клинических моделей и алгоритмов, которые базировалась бы на патогенетической концепции. Такой концепцией является сформулированная Г.Н. Крыжановским теория паталогических интеграций.

Процессы, протекающие в мозге после раннего органического поражения на этапах онтогенетического развития, перестают представляться линейно зависимыми, строго детерминированными. При повреждении головного мозга происходит нарушение структурно-функциональных связей и выпадение функции вследствие морфологических дефектов. Другой эффект заключается в возникновении в ЦНС новых патологических интеграций, деятельность которых имеет биологически отрицательное значение для организма (Крыжановский Г.Н. 1980,1986,1997). Именно с этим эффектом связано возникновение и развитие резидуально-органических нервных и психических расстройств. Патологические интеграции в ЦНС формируются на основе дезинтеграции важнейшего свойства нервной системы – пластичности. Патологическая система является биологической основой и патофизиологическим механизмом развития нейропатологических синдромов при нервных и психических расстройствах. Возникновение нейропатологического синдрома осуществляется поэтапно: повреждение ЦНС → генератор → патологическая детерминанта→ патологическая система → нейропатологический синдром (Крыжановский Г.Н., 1980,1997; Kryzhanovsky G.N.,1986). Если патодинамическая система имеет “выход” на периферию и её “мишенью” являются соматические органы и системы, то она является нейрогенным дизрегуляционным механизмом соответствующих центрогенных нейросоматических расстройств. Эти положения с патофизиологических позиций объясняют патогенез психопатологических нарушений при резидуально-органических расстройствах. Не смотря, на многообразную симптоматику, в основе лежит единый нейропатологический механизм динамичного изменения патодинамической системы. Данные о патологических системах мозга, позволяет представить патодинамическую концепцию пограничных резидуально-органических расстройств.

ВЛИЯНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Попова Т.А., (Тамбов)

В настоящее время всему миру стало очевидно, что курение табака является причиной многих тяжелых заболеваний, приводящих к преждевременной смерти. Нас заинтересовала проблема отягощенности больных с психическими заболеваниям сопутствующей никотиновой зависимостью, способы и методы избавления от данной зависимости, причины курения, возможности формирования здорового образа жизни при отказе от курения у данной категории пациентов.

В этой связи было проведен анализ 120 пациентов психиатрического стационара, страдающих табачной зависимостью. Основная цель, которую мы перед собой поставили - определить мотивацию курения и возможность подбора адекватной программы реабилитации по снижению табачной зависимости.

При анкетировании учитывались такие критерии, как возраст пациента, пол, группа инвалидности, а также длительность нахождения в больнице, стаж курения. Определялись причины и мотивация табакокурения, выявлялось воздействие внешних факторов (длительность нахождения в больнице, условия и режим проживания). При этом учитывалась форма табачной зависимости, тип течения патологического влечения, социальное окружение курильщика. Средний возраст курильщиков (35 - 55 лет) составляют 44 % женщин и 65,3 % мужчин. 16 % пациентов начали курить в школьном возрасте, однако большая часть (60%) начали курить в зрелом возрасте. С диагнозом шизофрения 76%; последствия органического поражения - 18%. По длительности нахождения в стационаре 49% более года. Длительная госпитализация приводит к тому, что пациенты замкнуты, мало и неохотно контактируют с окружающими, отмечается значительное снижение продуктивности больных. Стаж курения (56 %) составляет от 15 до 25 лет.

Лечение табачной зависимости - сложная и трудная задача, особенно пациентов с психической патологией. Организация помощи нашим пациентам в отказе от курения в полном объеме, требует выполнения следующих конкретных задач: оценка и учет у пациентов курительного анамнеза и психологической готовности к отказу от курения, исследуются обстоятельства и причины курения, отношение пациента к своей привычке, уточняются мотивы и степень желания, готовности к отказу от курения, проведения соответствующих реабилитационных мероприятий.

ТРИ КОМПОНЕНТА ИНТЕГРАТИВНОГО ПОДХОДА К ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В.А. Празднова, Т.В. Зеленкова (Москва)

В психосоциальной работе с семьями больных шизофренией назрела необходимость применения такой психотерапевтической помощи, которая включает обучение родственников способам объективации проблем и их преодоления. С этой целью нами применялся интегративный подход к трансляции психологических знаний, элементарных психотерапевтических навыков и семейного опыта участников, позволяющий использовать три вида опыта, синергетически взаимодействующих между собой.

Сравнительный анализ двух групп матерей больных шизофренией, показал, что в экспериментальной группе, где использовался трехкомпонентный интегративный подход, статистически значимо ниже уровни соматизации, депрессии, враждебности и общий индекс тяжести психопатологической симптоматики, чем в контрольной группе, не имеющей подобного опыта. У участников экспериментальной группы значимо выше показатели восприятия социальной поддержки со стороны семьи, друзей, значимых других. Снижение враждебности и депрессии, повышение доверия к социуму у матерей экспериментальной группы имеет большое значение для дестигматизации семьи, повышает комплаентность ее членов.

Распределение участников обеих групп относительно преобладающей стадии психотерапевтического процесса дает основания для вывода о том, что большинство матерей экспериментальной группы способны объективировать свою проблему и активно изменять поведение с целью ее преодоления, тогда как матери контрольной группы испытывают значительные затруднения в осознании, понимании характера своих проблем.

Таким образом, трехкомпонентный интегративный подход в групповой психотерапии показал высокую эффективность в работе с семьями больных шизофренией.

К ВОПРОСУ О ТРУДОВОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.А. Прибытков, А.В. Сумская, О.В. Плотникова (Пенза)

С целью изучения трудовой дезадаптации проведено сплошное обследование 87 пациентов (50 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 19 до 70 лет с диагнозом шизофрения, находящихся на стационарном лечении. В исследованной группе 17,2% больных имели среднее образование, 44,8% – среднее специальное, 38% – высшее и незаконченное высшее. По окончанию образования 48,3% больных работали по специальности, 26,4% – не по специальности (со снижением квалификации), 17,3% – не работали. В дальнейшем, среди работающих по специальности, снижение квалификации отмечено у 78,6% пациентов. Типичным оказалось раннее снижение профессиональной квалификации, средняя продолжительность от начала заболевания до перехода на низкоквалифицированый труд составила 3,1 года.

На момент обследования 79,3% больных были инвалидами по психическому заболеванию (из них 94,2% – инвалиды 2 группы, 5,8% – инвалиды 3 группы), 4,6% – работали, 1,2% – учащиеся, 14,9% – безработные. Первичный выход на инвалидность отмечался в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст составил 32 года). Среди больных, имеющих инвалидность, лишь 4,3% продолжали работать. На протяжении болезни (до установления инвалидности) статус безработного отмечен у 83,9% больных, продолжительность составила от 1 до 17 лет (в среднем 4,1 года). Общий трудовой стаж больных исследованной группы составил от 0 (не работал) до 30 лет (в среднем 8,1 года).

Таким образом, для больных шизофренией характерна трудовая дезадаптация с молодого возраста, преобладание 2 группы инвалидности, большое количество больных со статусом безработного, низкий трудовой стаж, незначительное число работающих инвалидов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО «КОМПЛАЙЕНС-ТЕРАПИИ» С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

Н.М. Ривкина (Москва)

Цель: Определить эффективность включения «комплайенс-терапии» с родственниками в комплексную помощь 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 групповой «комплайенс-терапии» семей (1-ая группа, 51 пациент) и получавшие идентичное комплексное лечение без включения семейного воздействия (2-ая группа, 51 пациент) в Клинике Первого Эпизода Болезни ФГУ МНИИП Росздрава. Группы были сопоставимы по демографическим и клиническим характеристикам. Совместно с каждым пациентом 1-ой группы в исследование были включены родственники (83 чел.), находившиеся в регулярном тесном контакте с больными.

Мультисемейная «комплайенс-терапия» была нацелена на создание «терапевтического» альянса с семьей и обеспечение пациента различной формой поддержки и необходимым мониторингом в вопросах соблюдения лечебного режима со стороны ближайшего социального окружения. Модель мультисемейной групповой работы представляла собой интерактивный тематический семинар с элементами психообразования, коммуникативного и проблемно-разрешающего тренинга. Цикл состоял из 7 занятий. Частота занятий –2 раза в неделю.

Результаты и выводы: В сравнении с рутинной помощью, пациенты 1-ой группы демонстрировали более высокую комплайетнтность к терапии: соблюдали лекарственные назначения (92,16% в основной группе, 80,39% в контрольной, $p<0,0001$), отказывались от дальнейшего медикаментозного лечения (1,96% в основной группе, 13,7% в контрольной, $p<0,01$), показали достоверное улучшение социальных исходов ($p<0,01$).

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МАНИФЕСТНЫЙ ПРИСТУП ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

М.Ю. Рожкова (Иркутск)

Изучены 68 стационарных пациентов с манифестным приступом шизоаффективного расстройства (ШАР) по МКБ-10 (F25): депрессивный (F25.1) - 60.3%, маниакальный (F25.0) - 10.3% и смешанный вариант (F25.2) с наличием биполярных расстройств - 29.4% наблюдений. Среди пациентов с депрессивным вариантом ШАР в сравнении с маниакальным достоверно чаще встречались женщины ($p<0,05$), напротив лица мужского пола чаще отмечены при маниакальном варианте ШАР ($p<0,05$). Состояли в официальном браке 39,7% больных, 51,5% имели детей. Манифестный приступ депрессивного варианта ШАР чаще возникал в зрелом возрасте в сравнении с биполярным вариантом ($p<0,04$), при котором манифестный приступ чаще приходился на юношеский возраст. Среди изученной группы имели высшее или незаконченное высшее образование – 64,7%, среднее специальное – 27,9%, 7,4% - среднее общее образование к моменту манифестного приступа. Продолжали трудовую деятельность 50,0%, находились в декретном отпуске по уходу за ребенком 8,8%, студенты 20,6%. Профессиональный статус работающих пациентов: квалифицированные рабочие - 37,5%, работники сферы обслуживания – 32,5%, преподаватели и предприниматели по 10,0%, в единичных это были служащие и научные работники. Устойчивый профессиональный статус с сохранением постоянного места работы более 3-х лет имели 70,0% пациентов; в 30,0% наблюдений отмечен непродолжительный опыт работы по специальности с частыми сменами профиля и мест работы. Не работали 20,6%, из них в 42,9% случаев прекращение трудовой деятельности совпадало с инициальным периодом заболевания; в 57,1% наблюдений период вынужденной безработицы выпадал на период манифестного приступа.

ДЕРМАТОЗОЙНЫЙ БРЕД В РАМКАХ КОНФАБУЛЯТОРНОЙ ПАРАФРЕНИИ

Д.В. Романов, А.Б. Смулевич (Москва)

Дерматозойный бред традиционно относится к кругу паранойяльных расстройств [Munro A., 1999; Смулевич А.Б. и соавт., 2004; Фролова В.И., 2006], протекающих с систематизированным бредом одержимости паразитами и относимых к паранойе («бредовое расстройство» - F22.0 в МКБ-10). Однако в ряде случаев речь идет о бредовом синдроме, выходящем за рамки паранойи – фантастическом бреде. В результате анализа собственной казуистики (5 набл.: 4 женщины; средний возраст — 62,8±17,9 года) установлено, что такое расстройство может быть квалифицировано как конфабуляторная парафрения [Kraepelin E., 1913], на что указывают следующие факты. В изученных наблюдениях дерматозойный бред усложняется за счет присоединения представлений, не ограничивающихся идеей одержимости паразитами: сенситивный (окружающие, подозревая о заражении, стараются соблюдать дистанцию), сутяжный бред (врачи намеренно отказывают в помощи), бред изобретательства (на основании личного опыта лечения разрабатывается альтернативный метод терапии).

Парафренный дерматозойный бред с образными, фантастическими бредовыми представлениями и гротескными, причудливыми, изменчивыми галлюцинациями, сопровождается конфабуляциями по типу бредоподобного фантазирования о «распространении» паразитов за пределы кожных покровов как во внутреннее пространство организма (попадают в кровь, «проникают» в органы, влияют на их функции, вызывают обострения хронических заболеваний, «поражают» мышцы), так и во внешнюю среду (выделяются в воздух над поверхностью кожи, «пылят над головой», «вертятся на кончиках волос»). Кроме того, парафренному дерматозойному бреду свойственны вторичные конфабуляции [Hirstein W., 2009]: ретроспективная бредовая интерпретация предшествовавших развернутому галлюцинозу инициальных телесных сенсаций (зуда, парестезий) как признаков заражения (проникновения в кожу, укусов паразитов), а также нелепые ложные воспоминания об источнике и обстоятельствах заражения (в результате пищевого отравления, полового контакта).

КОМОРБИДНОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

В.В. Ростовщиков, Э.Г. Иванчук (Волгоград)

Исследования коморбидности различного рода патологий указывают на высокую актуальность этой проблемы. В частности, в настоящее время во всём мире наблюдается рост аффективных расстройств, который отмечен не только в популяции в целом, но и в отдельных нозологических группах. Одной из таких групп являются сосудистые заболевания головного мозга.

Нами предпринята попытка проанализировать особенности развития депрессивных состояний в рамках перенесённого мозгового инсульта.

Были исследованы 75 больных, в возрасте от 55 до 74 лет, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, с помощью клинико-психопатологического, нейропсихологического и компьютерно-томографического методов диагностики.

Среди всех исследованных больных депрессивные расстройства отмечались у 64% респондентов. У 12% из них депрессия развивалась в течение первых двух недель, у 43% - в течение от одного до четырёх месяцев, и у 45% - в более поздние сроки.

Отмечено, что депрессивные симптомы могли быть как эндогеноморфные, так и реактивные, возникающие, по видимому, как осознание пережитой угрозы здоровью и социальному статусу.

В рамках меланхолического варианта постинсультных депрессий чаще всего наблюдалась анергическая и апатическая симптоматика, где тревожный компонент был незначителен. В то же время в рамках реактивного депрессивного реагирования уровень тревоги был достаточно высок и часто коррелировал со степенью когнитивной сохранности.

При нейропсихологическом исследовании и компьютерной визуализации выявлялись следующие корреляты: меланхолические варианты депрессии были взаимосвязаны с поражением лобно-височных отделов левого полушария и ствола мозга, что давало клинически наиболее типичные симптомы эндогенной депрессии. Правополушарное поражение не давало четких корреляций с особенностями клиники депрессивных состояний. Нейропсихологическое исследование выявляло практически весь спектр когнитивных расстройств – снижение слухоречевой и зрительной памяти, ухудшение различных видов праксиса, гнозиса, внимания.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило достоверно выделить клинические особенности депрессивных состояний у больных, перенесших церебральный инсульт.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИИ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПОВСЕДНЕВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Г.Е.Рупчев, А.А. Алексеев (Москва)

Введение. Проблема нарушений регуляции деятельности при шизофрении является и традиционной и актуальной темой, как в отечественной [А.Р. Лурия, 1962, Б.В. Зейгарник, 1986, Холмогорова А.Б, 1985, Ю.Ф. Поляков, 1991, Николаева В.В., Критская В.П., Мелешко Т.К., 2009), так и в зарубежной психологии (Shallice, T., 1982, Palmer BW, 2000, Polgár P, 2010, Liu KC, 2011), где для обозначения процессов регуляции используется концепт «executive function», в который входит и функция планирования (planning). При этом «способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы» является одним из 7 критериев психического здоровья ВОЗ.

Гипотеза. Сохранность планирования в патопсихологическом эксперименте взаимосвязана с уровнем повседневной жизненной активности(real-life).

Материалы и методы. Было обследовано 44 больных параноидной формой шизофрении с эпизодическим типом течения (согласно критериям МКБ 10), находящиеся в состоянии медикаментозной ремиссии. Средняя длительность заболевания 8,4 года. Средний возраст - 34,3 лет. Способность планирования оценивалась с помощью 2 версий Tower–тестов: ToL-DX и ToL-BACS (Keefe R.S.E., 2004), уровень повседневной активности – шкалой Heinrichs-Carpenter Quality of Life Scale (HCQL) на основании интервью и истории болезни.

Результаты. Получено множество значимых ($p<0,05$) корреляций между показателями повседневного функционирования и результатами выполнения тестов на планирование, как с общим баллом шкалы HCQL (R=0, 57), так и с пунктами оценки: «Достижения» (R=0, 50), «Использование времени» (R=0, 52), «Чувство цели» (R=0, 52).

Вывод. Выявляемые в эксперименте нарушения планирования отражаются в повседневной жизни больных в виде снижения способности к построению жизненных планов, в общем снижении целенаправленности, неспособности организовывать свою занятость.

ГРУППА САМОПОМОЩИ КАК ВОЗМОЖНАЯ ФОРМА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Г.Е. Рупчев, Т.Б. Арсеньева, Н. Г. Груза (Москва)

В настоящее время в реабилитации больных шизофренией используется широкий спектр (Б.Д Карвасарский, 1985, 1990, Кабанов М.М., 1985, Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2004, Moran, M, 2005) психотерапевтических и психокоррекционный мероприятий – семейная (Pharoah F, 2006), групп-аналитическая (Цапенко А.И, Шанаева Д.М., 2006), когнитивно-бихевиоральная (Zimmermann G, 2005,Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., 2009), психосоциальный тренинг (Ястребов В.С, Солохина Т.А., 2008). Параллельно этому больные спонтанно создают сообщества для взаимопомощи, без участия специалистов, как, например формирование микрогрупп в стационарах («семьи»), формируют социальные сети больных в интернете.

Для оценки эффективности взаимопомощи больных, была создана группа на базе психиатрического стационара, полуоткрытая, с модерирующим участием клинических психологов. В группу включались лица преимущественно с шизофренией. Форма участия – добровольная. На данный момент проведено около 30 сессий.

На основе методов наблюдения и психологического анализа групповой интеракции и динамики можно предварительно выделить два потенциала таких групп: диагностический и реабилитационный. Групповое взаимодействие отчетливо различало лиц с более низким психическим функционированием в целом в зависимости от сохранности их коммуникативных навыков, а также выявляло разный уровень неформальной критичности. Второй, реабилитационный, трансформировал интенсивный обмен опытом болезни в более дифференцированное отношение к факту своего заболевания, стойкости симптомов и инвалидности, важное для ресоциализации больных.

ОСНОВНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ

Н.В. Семенова (Санкт-Петербург)

Психически больные – одна из наиболее уязвимых категорий участников клинических исследований. Это налагает определенные этические рамки на проведение клинических исследований психофармакологических препаратов. Этические требования необходимо учитывать как на этапе планирования исследования и подготовки пакета документов, так и в период проведения самой процедуры клинического исследования. Основные проблемы можно свести к следующим группам.

Дефекты дизайна исследования, которые могут нести потенциальный или даже явный риск для пациента. К таким дефектам, например, можно отнести отмену противорецидивного лечения хронических психических расстройств, склонных к обострениям; проведение периода «отмывки» при умеренных и тяжелых депрессиях в амбулаторных условиях; проведение плацебо-контролируемого исследования у больных, требующих постоянной медикаментозной терапии; использование процедур, связанных с оценкой психического статуса пациентов без наличия в исследовательской команде врача-психиатра (например, в исследованиях противоэпилептических препаратов) и т.п.

Дефекты стиля составления документов – использование неэтичных формулировок (особенно касающихся вопросов контрацепции в информационных листках для подростков и их родителей), частое и необоснованное по смыслу повторение диагноза в информации для пациента. К подобным же дефектам относятся неточности перевода, использование непонятной для пациента медицинской терминологии.

Технические дефекты подготовки документов – пропуски страниц, противоречие в формулировках, отсутствие необходимых разделов «критерии включения», «критерии исключения, «аудит», «мониторинг», «возможные нежелательные явления», «альтернативные методы лечения», «конфиденциальность» и др.

Дефекты составления информационных листков для пациента: отсутствие отдельных форм для подростков 14-17 лет, адаптированной информации для понимания ребенка (с 10 лет) в клинических исследованиях с участием детей; неполное предоставление информации по безопасности, слишком большой объем информационного листка и т.д.

Особого внимания с этических позиций, как представляющие риск для больных, заслуживают нарушения процедуры получения информированного согласия пациента (несвоевременность, недостаточное разъяснение пациенту зачастую сложного к пониманию текста информационного листка), нарушения протокола исследования, использование либо новых, не одобренных версий документов, либо наоборот, старых версий, при наличии одобренных новых, а также несвоевременное информирование пациентов, исследователей и локальных этических комитетов о нежелательных явлениях.

Проблемы соблюдения конфиденциальности и защиты информации зачастую могут быть обусловлены нехваткой специально оборудованных помещений для хранения документации. Сложности также могут возникать в области квалификации исследователей и в сфере страхования и финансовых взаимоотношений участников исследования.

В решении подобных вопросов необходимо руководствоваться тем, что для пациента соотношение «возможный риск/ожидаемая польза» должно быть всегда в пользу последнего.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Н.В. Семенова (Санкт-Петербург)

Современным методом исследования отношения членов семьи к психофармакотерапии является «Структурированное интервью» с членами семьи и/или референтными лицами из окружения больного (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009). Интервью представляет собой перечень из 12 высказываний, отражающих возможные типы отношения: враждебный, манипулирующий, отстраненный и поддерживающий.

Обследованы 165 человек – родственников больных, находящихся на стационарном лечении в Дружносельской психиатрической больнице Ленинградской области. Среди опрошенных было 133 женщины (80,6%) и 32 мужчины (19,4%), средний возраст – 56 ± 5 лет. Из них 119 человек (72,1%) – родители пациентов, 39 человек (23,7%) – супруги, 3 человека (1,8%) – дети и 4 человека (2,4%) – другие родственники.

В половине случаев (50,3% респондентов) было определено конструктивное отношение «поддерживающего» типа, характеризующееся заинтересованностью в контактах с лечащим врачом-психиатром, готовностью к сотрудничеству в триаде «врач—больной—семья», высокой степенью комплайенса. Небольшой процент (6,7%) родственников с «манипулирующим» типом поведения и отсутствие в исследовании представленности «враждебного» и «отстраненного» типа у родственников больных свидетельствуют о невысоком уровне конфликтных ситуаций в семьях душевнобольных в плане отношения к медикаментозному лечению. 43% опрошенных дали такие ответы, по которым нельзя было отнести их к какому-либо из четырех вышеописанных типов, и им была присвоена категория «неопределенный тип». Такое большое количество родственников с «неопределенным» типом отношения указывает на необходимость и перспективность разъяснительной работы среди близкого окружения психически больного человека с целью формирования осознанного положительного отношения к лечению.

ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОТИВАЦИОННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Семенова Н.Д., Фурсов Б.Б. (Москва)

Мотивация занимает ведущее место в структуре личности и является одним из ключевых понятий, используемых для объяснения движущих сил поведения и деятельности. Формирование «аномальной личности» у больных шизофренией происходит вследствие сужения круга мотивов, разрыва их смыслообразующей и побудительной функций. Регуляция психической деятельности нарушается в ее ключевом, потребностно-мотивационном компоненте. Процесс теоретического осмысления мотивационных явлений при шизофрении ***как объекта психодиагностики*** далек от своего завершения (Heinrichs 1984, Nakagami 2008). Оценить уровень актуальной мотивации пациента, а также эффективность психосоциальных вмешательств по данному параметру чрезвычайно сложно. Валидность диагностики мотива складывается из валидности методики и валидности собственно диагностической ситуации. Имеется целый ряд индикаторов, опосредующих процессов или критериев, с помощью которых выносятся суждения о качественных или количественных характеристиках мотивации: «когнитивная репрезентация», «влияние мотивов на когнитивные оценки», «выявление зоны целей, релевантных мотиву», «избирательность внимания пациента к аспектам ситуации, релевантным мотивам», «настойчивость при столкновении с преградой», «оценка эффективности выполнения деятельности», «наблюдение за поведением других и самонаблюдение», «монографический метод», «характер и интенсивность эмоциональных реакций, определяемых актуальной мотивацией» и др. Авторы выделяют индикаторы мотивации, могущие быть основой для формирования инструментария оценки эффективности мотивационных воздействий при шизофрении, а также приводят один из таких инструментов, Intrinsic Motivation Inventory for Schizophrenia Research (IMI-SR) и результаты его апробации.

МНОГОЛЕТНИЙ ДОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП В ТЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ

Е.В. Сенько (Иркутск)

Обследовано 65 больных (муж.- 39, 60%, жен.- 26, 40%) с впервые установленным при стационарном обследовании в ИОКПБ № 1 диагнозом шизофрении. Средний возраст к моменту диагностики шизофрении 39,5±11,8 лет. Средняя длительность додиагностического этапа 13,7±6,9 лет. Выделено три клинических варианта многолетнего додиагностического этапа. Ретроспективная оценка течения шизофрении у большей половины больных (n=36, 55,4%) позволила выявить продромальный и активный этапы параноидной шизофрении с непрерывным и приступообразно-прогредиентным течением; продромальный и активный этапы простой шизофрении; продромальный, активный этапы заболевания и его резидуальные проявления. Клиника продромального этапа равно представлена как позитивными (сверхценно-паранойяльные, соматоформные, аффективные), так и негативными расстройствами (процессуальный аутизм, симплекс-синдром, синдром неустойчивого поведения с формированием зависимости от ПАВ). В 13,8% случаев (n=9) додиагностический этап исчерпывался многолетними продромальными проявлениями шизофрении с постепенным отчетливым обеднением всей психической жизни, по сравнению с преморбидом (Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., 2005), за которым следовал острый манифестный приступ параноидной шизофрении. Клиника продромального этапа определялась синдромом юношеской астенической несостоятельности в сочетании с негативной аффективностью; «симплекс»-синдромом с выраженными когнитивными расстройствами, «опустошением» мотивационной и эмоциональной сферы; психопатоподобной симптоматикой («синдром неустойчивого поведения», по А.Е.Личко,1989). У 1/3 больных (n=20, 30,8%) поздно диагностировались активные проявления параноидной шизофрении с непрерывным течением и хронифицированные приступы; активный этап течения простой шизофрении, либо активное проявление болезни и ее резидуальные состояния.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕДЕЕСПОСОБНЫМ ЛИЦАМ ПОСЛЕ УПРАЗДНЕНИЯ СОВЕТОВ ПО ОПЕКЕ ПРИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРАХ

П.В. Ситчихин (Краснодар)

Восстановление дееспособности является значительным улучшением качества жизни лиц с психическими расстройствами. В соответствии с законом «Об опеке и попечительстве» от 24.04.2007 №48-ФЗ комиссии по опеке и попечительству психоневрологических диспансеров (ПНД) прекратили свою работу. Работа ПНД в отношении недееспособных лиц (НЛ) была нормативно регламентирована. Например, в методических рекомендациях НИИ им. В.П. Бехтерева «Вопросы опеки над психически больными» (Васильев П.П., 1957) в комиссии по делам опеки было необходимо наличие 2-х сотрудников психиатрического учреждения (один из них – врач-психиатр), а ежегодное медицинское психиатрическое переосвидетельствование НЛ обязательно. В настоящее время законом «Об опеке и попечительстве» от 24.04.2008г. № 48-ФЗ органам исполнительной власти по опеке и попечительству рекомендовано осуществлять свою деятельность во взаимодействии с медицинскими организациями (ст. 6), а законом РФ от 02.07.1992г. №3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» периодичность переосвидетельствования НЛ (в т.ч. с целью восстановления дееспособности) врачебной комиссией с участием врача - психиатра не реже одного раза в год (ст. 43) установлена только для администрации психоневрологических интернатов.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2010г. № 927 «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства…» органами опеки и попечительства могут быть переданы медицинским организациям следующие полномочия: подбор граждан, выразивших желание стать опекунами; подготовка граждан, выразивших желание стать опекунами, в виде обучающих семинаров и тренинговых занятий по вопросам психологии и основам медицинских знаний по программе, утверждаемой Министерством здравоохранения и социального развития РФ на безвозмездной основе; обеспечение психологического обследования граждан, выразивших желание стать опекунами.

В связи с увеличением числа НЛ в зоне обслуживания ПНД и нормативов нагрузки в соответствии с новыми правовыми документами, необходимостью оказания высококвалифицированной психиатрической консультативной помощи будущим опекунам и родственникам НЛ, а также диспансерной помощи НЛ, возможно создание психиатрических кабинетов (врач-психиатр, клинический психолог, юрисконсульт и специалист по социальной работе) для решения вышеперечисленных задач. Сотрудники кабинета совместно с врачебной комиссией ПНД смогут периодически освидетельствовать НЛ с целью возможного восстановления дееспособности.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ, ПРИЗНАННЫХ НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ, В ГОРОДЕ КРАСНОДАРЕ ЗА ПЕРИОД 1953-2010 ГОДА

П.В. Ситчихин (Краснодар)

Введение. Психиатрической службе важно ориентироваться в основных тенденциях изменения контингента недееспособных лиц (НЛ) в зоне обслуживания, так как НЛ подлежат диспансерному наблюдению в соответствии с законом «О психиатрической помощи…». Кроме того, сотрудники психиатрической службы осуществляют лечение и реабилитацию НЛ, а также принимают участие в решении их социальных и правовых проблем.

Цель исследования: сравнение групп больных, признаваемые недееспособными, за десятилетние интервалы в период 1953-2010гг. в г. Краснодаре.

Материал и методы. Изучены все НЛ, находившиеся на диспансерном наблюдении у психиатра в Краснодарском городском психоневрологическом диспансере с 1961г. (поэтому объединены группы НЛ, признанных недееспособными в периоды 1953-1959гг. и 1960-1969гг.) до 01.01.2011 г. Для уточнения сведений (в том числе шифрования диагнозов по МКБ-Х) изучены оригиналы амбулаторных карт НЛ. Условие включения: решение суда о признании гражданина недееспособным; условие исключения: признание НЛ дееспособным. Статистический анализ результатов выполнялся с применением Statistika 6 фирмы Stat Soft Inc., USA.

Результаты и обсуждение. Количество лиц, признанных недееспособными, составило: за период 1953-1969гг. – 30 НЛ, 1970-1979 гг. – 168 НЛ, 1980-1989гг. – 222 НЛ, 1990-1999 гг. – 387 НЛ, 2000-2010гг. – 1029 НЛ. Доли заболеваний в общей группе (1835 НЛ) составили: F00-F03 – 29,92%, F07 – 7,74%, F20.0-F20.8 – 35,75%, F70-F73 – 25,45%.

Доли НЛ, страдающих деменциями (F00-F03), составили (в скобках – достоверность к предыдущему периоду): за период 1953-1969гг. – 6,67%, 1970-1979гг. – 7,14% (p=0,93), 1980-1989гг. – 14,41% (p=0,0252), 1990-1999гг. – 25,32% (p=0,0016), 2000-2010гг. – 39,36% (p<0,0001). Доли НЛ с органическом расстройством личности (F07) составили: за период 1953-1969гг. – 3,33%, 1970-1979гг. – 7,74% (p=0,38), 1980-1989гг. – 6,31% (p=0,58), 1990-1999гг. – 6,72% (p=0,84), 2000-2010гг. – 8,55% (p=0,26). Доли НЛ, страдающих шизофреническими расстройствами (F20.0-F20.8), составили: за период 1953-1969гг. – 66,67%, 1970-1979 гг. – 64,88% (p=0,85), 1980-1989гг. – 47,30% (p=0,0006), 1990-1999гг. – 37,21% (p=0,0151), 2000-2010 гг. – 27,02% (p=0,0002). Доли НЛ с диагнозом умственная отсталость (F70-F73) составили: за период 1953-1969гг. – 23,33%, 1970-1979гг. – 19,64% (p=0,64), 1980-1989гг.– 29,28% (p=0,0304), 1990-1999гг. – 29,97% (p=0,86), 2000-2010гг.– 23,91% (p=0,0200).

Выводы: в г. Краснодаре доля дементных НЛ достоверно (p<0,0001) возрастала с 6,67% - 7,14% до 39,36 %, а доля НЛ с шизофреническими расстройствами достоверно (p<0,0001) уменьшалась с 66,67% - 64,88% до 27,02%.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ СТРУКТУРЫ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИЦ ГОРОДА КРАСНОДАРА

П.В. Ситчихин (Краснодар)

Введение. В XXI веке в РФ увеличивается количество судебно-психиатрических экспертиз с целью лишения дееспособности (Дмитриева Т.Б., 2009; Аргунова Ю.Н., 2009; Эльтекова Э.В., 2010.). Число недееспособных лиц (НЛ) под диспансерным наблюдением психоневрологических диспансеров возрастает также вследствие малой естественной убыли НЛ, страдающих умственной отсталостью и шизофренией, а также недостаточностью мест в психоневрологических интернатах. В зависимости от нозологической структуры НЛ в приоритетном порядке используются различные формы и методы улучшения качества жизни и реабилитации НЛ, в т.ч. с целью восстановления дееспособности.

Цель исследования: изучить динамику нозологической структуры НЛ, состоящих на диспансерном наблюдении у психиатра в г. Краснодаре, за период 2000-2010 гг.

Материал и методы исследования. Материалом явились данные оригинальной формы учёта динамики НЛ по нозологиям на конец года в диспансерном отделении ГУЗ СПБ №7 ДЗ КК за 2000-2010гг.; все НЛ находились на диспансерном наблюдении. Статистический анализ выполнялся с применением статистической программы Statistika6, USA.

Результаты. В течение периода 2000-2008 гг. первое место в нозологической структуре НЛ неизменно занимали больные, страдающие шизофренией (уменьшение доли с 45% до 36%), второе место – НЛ с умственной отсталостью (увеличение доли с 28% до 35%), III – НЛ, страдающие деменциями (увеличение доли с 12% до 25%), IV – НЛ с органическими непсихотическими расстройствами (7-9%) и V – НЛ с бредовыми психическими расстройствами (1,1-1,7%). На конец 2009г. количество НЛ с умственной отсталостью впервые за период наблюдения стало больше числа НЛ с диагнозом шизофрения (на 5 НЛ или 0,65% от всех НЛ г. Краснодара). В 2010г. данная тенденция сохранилась: абсолютное количество НЛ с умственной отсталостью на конец года больше количества НЛ с диагнозом шизофрения на 10 НЛ или 1,22% от всех НЛ г. Краснодара при пока ещё недостоверности разницы долей (p=0,303). Вероятно, это связано со значительным накоплением НЛ с умственной отсталостью вследствие большей, по сравнению с НЛ, страдающими другими психическими расстройствами, длительностью нахождения под опекой.

При сравнении долей НЛ вышеуказанных нозологий в 2010г. с 2000г. достоверные отличия выявлены только у НЛ, страдающих шизофренией (снижение с 45,09% до 34,44% с p=0,002), и у НЛ, страдающих деменциями (увеличение с 12,95% до 21,69% с p=0,001).

Вывод. За период 2000-2010 гг. в г. Краснодаре доли недееспособных лиц, страдающих деменциями и умственной отсталостью, существенно возросли, а доля недееспособных лиц, страдающих шизофренией, достоверно снизилась.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ (АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ПСИХОПАТОЛОГИИ, ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ)

А.Б.Смулевич (Москва)

Распространенность психических расстройств ы общей медицине значимо превышает популяционные показатели и колеблется в пределах 20–45%. Согласно результатам впервые выполненного в РФ сплошного срезово-поперечного эпидемиологического исследования в пяти областях медицины (кардиология, онкология, дерматология, пульмонология, ревматология – 1839 наблюдений), психические расстройства выявлены у 86,5% больных, из которых в 20,9% случаев регистрируется коморбидность. Среди этого контингента обнаруживаются расстройства большинства психопатологических регистров – от невротических и личностных до бредовых и кататонических. Долевое распределение представлено (в порядке возрастания) расстройствами шизофренического спектра (F21) – 9%, соматогенными и органическими расстройствами (F06, F54) – 11%, невротическими (F44) – 12%, расстройствами тревожного спектра ОКР (F41-43) - 22%, аффективного (F31-33) – 26%, ипохондрическими и соматоформными расстройствами (F45) – 28%. На эпидемиологическом уровне верифицирована оригинальная клиническая систематика психических расстройств в изученных областях медицины, в рамках которой выделяются следующие категории: 1 – психические расстройства – апофатические – реализующиеся в соматической сфере при отсутствии телесной патологии (соматоперцептивные психопатии, СФР, органные неврозы, соматопсихоз, бредовое ипохондрическое расстройство, соматический тип); 2 – психические расстройства – психосоматические – на соматически измененной почве: а) обусловленные соматическим заболеванием – нозогении (реакции, развития), соматогении (астения, симптоматические психозы); б) провоцированные соматическим заболеванием (транзиторные психозы, шизофренические реакции, аттенуированный/ослабленный синдром); 3 – аффективные расстройства – нозогенные депрессии, эндоформные депрессии, соматореактивная дистимия. Сравнение показателей, отражающих реальную ситуацию, с экспертными оценками выявило существенные проблемы, связанные с гиподиагностикой и неадекватной терапией (и прежде всего – психотропными средствами). При 51% потребности в курсовой психофармакотерапии фактически она назначается 19,6 – 25,5% больных. Разработана модель «встречного движения», обеспечивающая интеграцию психиатрических и общесоматических подходов, мониторинг лечебного процесса и соответственно – высококвалифицированную помощь пациентам общемедицинской сети.

ОПЫТ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

О.Н. Степанова, И.А. Койрах, Е.В. Канцурова (Омск)

В Омской областной психиатрической больнице в 2005 году была создана Программа интенсивного лечения в сообществе (ИЛС). В структуре Программы в 2007 году была выделена ассертивная бригада настойчивого лечения на дому для пациентов с впервые возникшим психическим расстройством. В отделение принимаются пациенты с такими нозологическими формами как шизофрения, заболевания шизофренического спектра, биполярные аффективные и рекуррентные депрессивные расстройства. Показаниями для направления на участки первого психотического эпизода являются: длительность заболевания менее 5 лет, не более двух госпитализаций в круглосуточный стационар; трудоспособный возраст; сохранный реабилитационный потенциал.

Основными задачами являются все виды поддержки больных полипрофессиональной бригадой (от экстренной психиатрической помощи до помощи в трудоустройстве) непосредственно в сообществе. Препаратами выбора для лечения являются атипичные нейролептики и современные антидепрессанты.

С 2007 года, из всех пациентов с впервые выявленным психическим расстройством, 538 человек (более 75%) направлены на участки для дальнейшей курации.

Работают 349 (64,9%) человек, в т.ч. трудоустроились за период наблюдения 86 больных; 5 пациентов являются ИП. Учится 51 пациент (9,5%): 2 – в академическом отпуске; 30 – закончили ВУЗы; 15 – закончили средне-специальные учебные заведения; 1 – защитил кандидатскую степень; 11 – учатся и работают одновременно.

Не работают 138 пациентов (25,7%). Из них: 19 – в отпуске по уходу за ребенком; 30 – адаптированы, но занимаются ведением домашнего хозяйства; 6 – инвалиды по соматическому заболеванию; 37 – предпринимают попытки трудоустройства; 46 – не работают в связи с нестабильным психическим состоянием и низким реабилитационным потенциалом.

Таким образом, данный вид помощи востребован, высокоэффективен, может применяться у различного контингента пациентов.

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Сторожакова Я.А., Сальникова Л.И. (Москва)

Внедрение психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в систему оказания психиатрической помощи согласуется с ее современной биопсихосоциальной моделью и требует осуществления полипрофессионального подхода. Методологические предпосылки этого в отечественной психиатрии уже существуют, как и их подкрепление стандартами помощи, но организационные предпосылки, в том числе их кадровая обеспеченность в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения 1995 г. №27, до сих пор остаются крайне неудовлетворительными. Особенно отстает от потребности число занятых должностей специалистов по социальной работе и социальных работников. Динамика этого показателя за последние полтора десятилетия представляется неблагоприятной. Если за период 1999–2006 гг. в целом по Российской Федерации отмечался рост числа специалистов по социальной работе в психоневрологических диспансерах в 2,3 раза, в психиатрических стационарах – в 3,6 раза, социальных работников соответственно – в 2 и 3,5 раза, то в период 2006–2010 гг. темп роста значительно снизился, составив для специалистов по социальной работе лишь от 30 до 50%, а для социальных работников – всего 9% в стационарах при отрицательной динамике их числа в диспансерах, а именно в учреждениях, где психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в первую очередь являются неотъемлемым компонентом помощи. Кроме того, указанные профессиональные кадры в 13 региональных психиатрических службах вообще отсутствуют. Приведенные данные свидетельствуют о необходимость повышения требовательности к укомплектованию штатов психиатрических учреждений указанными специалистами, без чего невозможно внедрение современного полипрофессионального, биопсихосоциального подхода к оказанию психиатрической помощи.

ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАК ЭЛЕМЕНТ ДИАГНОЗА И ОСНОВАНИЕ ПРИЦЕЛЬНОЙ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ

С.Н. Стрельник (Самара)

Систематизация накопленных результатов хронобиологических исследований привела к выделению типологических вариантов хронопатологии при некоторых видах психических расстройств (М.Д.Стащук, 1987; Г.Т.Сонник, 1988; М.М.Хананашвили, 2000; С.Н.Стрельник, 2006, 2011 и др.).

Проведенное нами исследование ритмологического спектра в динамике рецидивов эндогенных психических заболеваний у более 1000 пациентов позволило выделить хронотипы, основанные на преобладающих ритмических феноменах. Выделенные хронотипы в целом соответствовали основным нозологиям, а именно хронотипы: 1) циклотимии; 2) маниакально-депрессивного психоза (МДП) с манифестацией в молодом возрасте; 3) МДП с манифестацией в позднем возрасте («инволюционные» аффективные расстройства); 4) приступообразно-прогредиентной шизофрении; 5) периодической шизофрении; 6) непрерывной шизофрении. Общими закономерностями при переходе от первого хронотипа к последнему является, в частности, увеличение доли аритмических явлений. Обозначенное соответствие данных типов континууму эндогенных заболеваний означает глубокую связь хронопатологических феноменов с особенностями патогенеза и клиническими проявлениями эндогенных психических заболеваний.

На основании полученных нами результатов предложен общий алгоритм оценки прогноза рецидивирования, включающий: 1) оценку ритмов с различным клинико-формирующим значением; 2) учет типичных моделей течения («хронотипов») заболеваний; 3) учет индивидуальных клинико-хронобиологических особенностей. Хронобиологическая характеристика рецидивирующих психических расстройств представляется существенным элементом диагноза, включая определенную сезонность, иные, кроме сезонного, ритмы рецидивов, состояние циркадианной системы и мезоритмов и другие. С обозначенных позиций прогнозирование и профилактика рецидива эндогенных психических заболеваний может быть оптимизирована по срокам и методам.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ СВЕРХЧАСТЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Д.Ю. Ткачев, Е.М. Кирьянова, Н.Г. Шашкова (Москва)

Использовалась специальная программа (модуль) для групповой психосоциальной работы с больными со сверхчастыми госпитализациями. Модуль включал в себя: психообразовательный фрагмент; фрагмент занятий комплайенс - терапии; фрагмент занятий, посвященных налаживанию адекватных отношений в семье и с близким социальным окружением; занятия с родственниками пациентов по проблемам, связанным с частыми госпитализациями; мероприятия по нивелированию неблагоприятных влияний социальной среды, расширение социальной сети пациентов за счет участников групповой психосоциальной работы, вовлечение в участие в группах самопомощи. Длительность программы 2 месяца, с 1 часовыми групповыми сессиями, 2 раза в неделю (16 занятий).

В комплексной программе психосоциальных мероприятий участвовало 44 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Отмечена неоднородность контингента пациентов и их неоднозначный ответ на проводимые мероприятия. При работе с больными, имеющими накопление факторов риска сверхчастых стационирований (17 чел. – 38,6%), существуют объективные сложности, связанные с определенными отрицательными особенностями их клинического и социального статуса, а чаще их неблагоприятным сочетанием. Значительная часть работы при этом должна носить предварительный характер, с акцентом на тренинге утраченных социальных навыков, лишь после этого целесообразно переходить к модулю по преодолению сверхчастых госпитализаций. Для других больных, без накопления факторов риска (27 чел. – 61,4%), оказалось возможным преодоление сверхчастых госпитализаций, отмечался хороший ответ на психосоциальную помощь. Здесь важными являются аспекты социальной поддержки, с акцентом на сохранении полноценной социальной вовлеченности и комплайенсе.

КОМПЛЕКСНАЯ РАБОТА ГРУПП ВЗАИМОПОМОЩИ

Т.А. Ульчева (Оренбург)

Шизофрения, как тяжелое прогрессирующее заболевание поражает самый перспективный и активный по возрастному составу контингент населения. В настоящее время все более актуальным становится оказание психиатрической помощи во внебольничных условиях. Особые возможности при шизофрении дают такие формы терапии, как группы само и взаимопомощи.

Учитывая, что в настоящее время существует потребность в разработке дифференцированных лечебно-реабилитационных программ, отделением ОООИ «Новые возможности» была организована комплексная работа групп взаимопомощи, которая заключалась в следующем: 1) *психообразовательная программа;* 2) *психореабилитационная деятельность*. При областном психотерапевтическом центре ГУЗ ООКПБ№2 создан Клуб «Эдельвейс». Открытый режим работы Клуба и регулярность встреч (2 раза в неделю) сформировали группу самых активных его участников. Они самостоятельно организуют праздники – т.е., сами пишут сценарии, распределяют роли, репетируют, назначают ответственных. Договариваются с музеями и выставочными залами о проведении познавательных экскурсий. Члены Клуба поддерживают контакты и вне его стен, что так же способствует самоутверждению и повышению качества жизни. Они перезваниваются, поддерживают друг друга в трудных жизненных ситуациях. Помимо регулярных встреч в клубе работают студия бисероплетения «Надежда», арт-студия – проект «Зазеркалье», литературно музыкальная студия «Маска» и фото-студия «Наш взгляд».

Таким образом, возникающие в группах, в процессе занятий хорошие, а порой и дружеские отношения между отдельными участниками, имеют большое значение для социализации пациентов, приобретение навыков создания и поддержания значимых межличностных контактов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ КОРСАКОВСКИМ СИНДРОМОМ

С.В. Ураков, О.С. Зайцев (Москва)

Изучено 144 пациента с корсаковским (амнестическим) синдромом, находившихся на лечении в НИИ нейрохирургии после тяжелой черепно-мозговой травмы.

Основным принципом отбора клинических наблюдений было наличие основных компонентов корсаковского синдрома (КС). Были проанализированы факторы хирургического и медикаментозного лечения, психостимулотерапии (Т.А.Доброхотова и др., 1991) на динамику регресса основных компонентов посттравматического КС.

Установлено, что из всех видов хирургического лечения на динамику регресса КС наиболее значимо повлияли шунтирующие операции (полный регресс КС у 50%) и дренирование хронических гематом (полный регресс КС у 83%).

При сопоставлении влияния на регресс КС нейропептидных (кортексин, семакс) и других нейрометаболических препаратов (ороцетам, амиридин) обнаружено, что успешность терапии нейропептидными препаратами была значительно выше: полный регресс был достигнут в 50% наблюдений, в то время как при лечении другими препаратами - лишь в 26%.

54 больным проводилась психостимулотерапия - приемы сенсорной стимуляции, терапии средой, познавательной реабилитации и поведенческого тренинга. При сравнении отдельных больных с одинаковыми характеристиками ЧМТ и индивидуальными особенностями отмечено, что заметно быстрее и более полноценно восстанавливались пациенты, получавшие полный комплекс психостимулотерапии. Наибольшую значимость фактор реабилитации приобретал у пациентов с затяжным (более 1 месяца) амнестическим синдромом. Среди этих больных подключение психостимулотерапии позволило сократить процент наблюдений с хроническим течением КС с 48 до 36%.

ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЯ МОТИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Фурсов Б.Б., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д. (Москва)

Нарушения потребностно-мотивационного компонента в регуляции психической деятельности у больных шизофренией традиционно рассматриваются в качестве важнейшего звена патологического процесса, во многом определяющего впоследствии успешность социальной адаптации пациентов. Особую актуальность эта проблема приобрела в последние годы в связи с внедрением в практику методов психосоциальной терапии и реабилитации, в ходе участия в которых пациенты обнаруживают различную степень заинтересованности (от самой высокой с готовностью включаться в различные программы, регулярно посещать занятия, выполнять необходимые требования специалистов, прикладывать самостоятельные усилия — до самой низкой с эпизодическим посещением занятий при побуждении извне), что соответствующим образом отражается на эффективности реабилитационных мероприятий, достигнутом уровне социального восстановления. Именно поэтому мотивация — значимый фактор для понимания психосоциального функционирования и объект терапевтического воздействия для стратегии улучшения функциональных возможностей больных шизофренией.

По данным литературы и результатам исследований, проведенных в последние годы, можно выделить следующие факторы, формирующие нарушения мотивации у больных шизофренией: психопатологическая симптоматика (в частности, аффективные расстройства, персистирующие бредовые идеи, редукция энергетического потенциала, астения), нейрокогнитивное и социальное когнитивное снижение (особо подчеркивается роль дефицита рабочей и эмоциональной памяти), снижение самоотчета или самооценки, социальная и телесная ангедония, избегающие, зависимые, сензитивные личностные черты в преморбиде, семейные и культуральные особенности (национальная изолированность, опека, самодостаточность семейного круга), низкая мотивированность и невыраженные социальные достижения до болезни, влияние социальной поддержки в виде пособия по инвалидности. Таким образом, можно предположить, что в основе нарушений мотивации лежат различные механизмы, а именно: нейробиологические, психопатологические, психологические и социально-средовые. При этом различное сочетание их проявлений формирует индивидуальный мотивационный профиль каждого больного, что требует дифференцированных подходов при осуществлении психосоциальных вмешательств с определением ведущего механизма нарушения мотивации, учетом его пластичности, компенсаторных и заместительных возможностей.

О СОСТОЯНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В СОСТАВЕ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БРИГАД

Н.С. Ценных, Д.Л. Шаповалов, (Воронеж)

В настоящее время при оказании как стационарной, так и внебольничной психиатрической помощи наряду с лечебной реабилитацией больных большое значение приобретает социальная реабилитация пациентов. Оптимальной формой организации реабилитационного процесса считается бригадная полипрофессиональная модель, в рамках которой каждый случай ведется «командой» в составе психиатра, психотерапевта, психолога и социального работника.

В диспансере с 2006 г активно внедряется программа психосоциальной реабилитации психически больных на основе бригадной модели, которая включает: психологическую, психотерапевтическую, семейную, воспитательную, образовательную и досуговую функцию. В своей работе бригада руководствуется разработанным индивидуальным комплексом лечебно-профилактических и трудовых мероприятий, направленных на повышение функциональных резервов здоровья пациента, страдающего психическим расстройством; динамически оцениваются и контролируются резервы психического здоровья. Осуществляется образовательная программа для пациентов и их родственников. Для составления индивидуальных программ реабилитации и обеспечения дифференцированного подхода к выбору методов и средств восстановительного лечения различных контингентов больных с психическими расстройствами проводится экспериментально-психологическое исследование.

В условиях амбулаторной психиатрической службы наиболее успешно применение таких методов психосоциального воздействия как психокоррекция, арттерапия, лечение средой, лечении занятостью, тренинги: социальных навыков, общения, уверенного поведения, самоуважения, независимого проживания; психообразовательные программы для пациентов и их родственников, обучение стратегии совладания с остаточными психотическими симптомами, семейная терапия. В частности, большой интерес у больных вызывают арттерапевтические занятия, которые проводятся в художественной студии, а также кружках по лепке.

Высокую оценку получило творчество пациентов на выставках художественных работ душевнобольных людей.

Все психосоциальные мероприятия проводятся в неразрывной связи с психофармакотерапией. При этом заметно возрос уровень комплаентности больных – 98% из них регулярно принимают поддерживающую терапию.

НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ РАЗРАБОТКЕ АЛГОРИТМОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., Ханнанова А.Н., Иванов А.А. (Москва)

Разработанные за рубежом стандарты лечения шизофрении основаны на представлении о равной эффективности всех нейролептиков при различных симптомокомплексах. Однако отечественная школы всегда рассматривали клинические особенности заболевания в качестве основного фактора, определяющего выбор лечения. По существующим в данный момент в РФ стандартам, лечение острого состояния шизофрении начинают с назначения типичных нейролептиков. Выбор конкретного препарата зависит от психопатологической структуры приступа (обострения). При психомоторном возбуждении с агрессивностью, подозрительностью, негативизмом применяют нейролептики с седативным эффектом, чаще парентерально. Также парентеральным типичным нейролептиком, с преимущественно антибредовым и антигаллюцинаторным эффектом, отдается предпочтение при лечении острых бредовых и галлюцинаторно-бредовых расстройств. Острые психозы с кататонической и гебефренической симптоматикой купируются мощными антипсихотиками (которые, в основном по экономическим соображениям фармпроизводителей, исчезли). Считается неадекватным лечение с использованием нескольких нейролептиков одновременно, а также одновременное назначение типичных и атипичных нейролептиков.

После установления ремиссии, дозы препаратов снижаются до уровня, когда стимулирующий эффект становится выше седативного.

Назначение атипичных нейролептиков должно быть в следующих случаях: при непереносимости типичных нейролептиков с некупирующейся экстрапирамидной симптоматикой на любом этапе лечения; резистентности к двум химическим группам типичных нейролептиков в течении 8 недель; указаниях на неэффективность и непереносимость типичных нейролептиков при предыдущих психозах; формировании фармакологической апатической депрессии в структуре редуцированного психоза.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

А.И. Чеперин, О.Н. Степанова, Т.Ф. Волчкова (Омск)

Реабилитационная помощь лицам с психическими расстройствами в Омской области активно развивается. На сегодняшний день психосоциальными мероприятиями охвачено более 80% больных стационара, до 87% пациентов промежуточных подразделений и до 23% лиц, наблюдающихся амбулаторно. Наибольшее развитие реабилитационное направление получило в пилотных подразделениях – реабилитационном дневном стационаре, отделениях первого психотического эпизода и интенсивного лечения в сообществе, общежитии и домах с поддержкой.

С целью расширения обслуживаемого контингента больных и повышения эффективности помощи лицам с психическими расстройствами, происходит преобразование психиатрической службы региона. Планируется создание единого реабилитационного центра, сочетающего в себе помимо дневного стационара, реабилитационное отделение стационара, досуговый центр (для организации ежедневной занятости больных, находящихся на стационарном лечении), ассертивные бригады, социальный центр для оказания инструментальной поддержки пациентам психиатрической клиники. Кроме того, существует необходимость разделения потоков лиц, перенесших первый психотический эпизод и хронически психически больных, что планируется достигнуть путем создания специфических промежуточных подразделений, с использованием ресурсов и опыта работы функционирующих пилотных отделений.

По нашему мнению, такие преобразования повысят эффективность и качество проводимых мероприятий по психосоциальной реабилитации пациентов психиатрической клиники, улучшит преемственность, увеличит охват реабилитационными программами больных с психическими расстройствами, исключит дублирование документации и мероприятий на разных этапах работы.

ОПЫТ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

Чернышкова И.В., Кобзева Э.А., Загатина Ю.В., (Москва)

Разработка и внедрение психообразовательных программ для родственников психически больных базируется на биопсихосоциальной модели развития психического расстройства. Одной из причин нонкомплайентности пациента является то, что родственники не готовы к принятию информации о самом факте болезни, что усугубляется отсутствием у них объективной информации, наличием тяжелых аффективных реакций, связанных с госпитализацией и терапией. Нами была разработана психообразовательная программа для родственников пациентов, перенесших первый психотический эпизод. Наряду с психообразовательным, применялись групповой и групп-аналитический, тренинговый подход, использовались ролевые игры. Основные факторы психотерапевтического воздействия включали: информирование, получение обратной связи, катарсис, нормализацию представлений о болезни, социальную поддержку. Важную роль играли процессы, связанные с групповой динамикой. Оценка эффективности программы осуществлялась на основе анализа исходного и окончательного уровня знаний посредством анкетирования с помощью «Карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы», заполнялась «Шкала оценки нагрузки на семью». В результате проведения программы наблюдалось повышение комплайентности, улучшение психоэмоционального климата в семье, снижение частоты регоспитализаций, создание групп само- и взаимопомощи среди родственников, повышение их социальной активности, сформирован общественный совет родственников из бывших участников групп. Планируется разработка и внедрение поддерживающего психообразовательного курса для лиц, прошедших первичную психообразовательную программу.

ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Д. Шеллер, О.Н. Степанова (Омск)

Одним из основных направлений модернизации психиатрической службы в России является перенос помощи в среду естественного социального окружения, с возможно большим ее приближением к месту проживания пациента, т.е. в амбулаторные условия. Нами выделены следующие группы пациентов, требующие полипрофессионального подхода в оказании помощи: - одинокие, утратившие социальные связи; - больные с узкой социальной сетью; - с проблемами семейных отношений; - с нарушением трудовой адаптации и инвалиды; - больные с частыми и длительными госпитализациями; - пациенты, перенесшие первый психотический приступ.

Внебольничная сеть представлена дневными стационарами и стационарами на дому. Развернуто 410 койко-мест, в том числе, 60 мест в трех полустационарах при круглосуточных отделениях, 225 мест в трех дневных стационарах в амбулаторной сети и 125 мест в стационаре на дому. Амбулаторная помощь осуществляется по участковому принципу. На всех участках диспансера сформированы полипрофессиональные бригады. Центральной фигурой является участковый врач - психиатр, направляющий пациентов по соответствующим потокам лечебно-реабилитационных мероприятий.

Акцент смещен на оказание помощи инвалидам, со сроком инвалидности не более 3х лет, с сохраненным реабилитационным потенциалом. Улучшение качества жизни этих пациентов происходит за счет возможной психокоррекции проблемных аспектов психической и поведенческой сфер, выявления и актуализации неиспользуемого когнитивного, эмоционального и личностного потенциалов данного контингента с перспективой возможного восстановления трудоспособности, снижения нагрузки на семью, расширения социальных связей.

ПЛАНОВАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ

Н.А. Шифнер, М.А. Кулыгина, М.В. Семиглазова, А.Е. Бобров, И.А. Логинов (Москва)

В рамках деятельности медико-психологического центра (М-ПЦ) студенческой поликлиники одного из вузов г. Москвы осуществляется целенаправленное выявление и коррекция различных форм психической патологии, в том числе нарушений, не достигающих клинической выраженности, но имеющих тенденцию к утяжелению и существенно ухудшающих адаптацию учащихся. Данная работа проводится как при самостоятельном обращении студентов с различными жалобами, так и в ходе планового обследования в рамках ежегодной диспансеризации, которое состоит из психодиагностического тестирования и клинического полуструктурированного интервью со специалистом (психологом или врачом-психиатром, психотерапевтом). Тесты направлены на выявление уровня тревожности, личностных характеристик, затрудняющих адаптацию, и особенностей совладания со стрессом. На основании анализа результатов тестирования все обследованные распределяются на 4 группы: 1) группа здоровых студентов, 2) группа предрасположенности к возникновению функциональной психической патологии, 3) группа высокого риска аффективных, тревожных, личностных, дезадаптационных и аддиктивных расстройств, 4) группа манифестных психических расстройств. Благодаря сплошному регулярному тестированию всех студентов, создаются особые условия для выявления контингента, требующего дальнейшего более углубленного клинико-диагностического обследования или лечебно-профилактических мероприятий. Результаты диспансеризаций, проводимых в период 2005-2010 г.г., свидетельствуют о том, что 43–54,3% студентов находятся в группах риска, а в 5,4-5,9% случаев диагностируется нервно-психическое расстройство. Пациенты из группы с выявленной психической патологией получают в М-ПЦ соответствующее психофармакологическое лечение, психотерапевтическую и психологическую помощь на условиях конфиденциальности и добровольности.

Ранняя диагностика на этапе диспансеризации и своевременная комплексная терапия способствуют предупреждению психосоциальной дезадаптации студентов и развитию более глубоких психических расстройств, а также позволяют улучшить психологический климат в коллективе и оптимизировать учебный процесс в вузе.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ НА ЭТАПЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

В.М. Шкловский, Д.И. Малин, Г.Н. Кобозев, Г.С. Селищев, И.Ю. Орлов (Москва)

Цель исследования: выявление частоты встречаемости психических расстройств в соответствии с критериями МКБ 10 у больных с очаговыми органическими поражениями головного мозга сосудистого и травматического генеза и сопутствующими нарушениями речи на этапе нейрореабилитации.

Объект исследования: Было обследовано 52 пациента(35 мужчины, 17 женщины). Возраст колебался от 26 до 82 лет. Из них 40 (76,9%) с последствиями инсультов (лица среднего и пожилого возраста), с черепно-мозговой травмой 12 (23,1%) (лица молодого и среднего возраста).

Результаты исследования: у всех больных отмечались разной степени выраженности когнитивные нарушения, у 3(6%) больных они доходили до степени деменции, амнестический синдром встречался у 4 (8%) больных, легкие и умеренные нарушения у 43 (86%) больных. Психические нарушения непсихотического уровня выявлялись у 41 (78,8%) больных. Из них органическое аффективное (депрессивное) расстройство у 25 (48,1%) больных, органическое тревожное расстройство у 4 (7,7%) больных, органическое эмоционально-лабильное расстройство у 6 (11,5%) больных, органическое расстройство личности с нарушением поведения и расторможенностью у 4 (7,7%) больных, органическое бредовое расстройство у 1 (1,9%) больных, тревожно-фобическое расстройство у 1(1,9%) больных.

Выводы: у данной категории больных помимо разной степени выраженности когнитивных нарушений в рамках формирующегося психоорганического синдрома выявляются различные непсихотические психические расстройства, требующие коррекции и назначения психофармакотерапии. Наиболее часто встречаются депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства, сочетающиеся с расстройствами сна, реже психопатоподобные проявления с нарушением поведения.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

ОСТРЫЕ ПРЕХОДЯЩИЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина (Москва)

Целью исследования являлся анализ динамики психического состояния пациентов при острых преходящих психотических расстройствах в ходе антипсихотической терапии.

Материал и методы: обследовано 20 мужчин в возрасте от 18 до 46 лет (средний возраст 27,5 ± 8,2 года) с развившимися впервые в жизни острыми психотическими состояниями, квалифицированными в соответствии с критериями МКБ – 10 как острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F 23.0), другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства (F 23.3), другие острые и преходящие психотические расстройства (F 23.8). Использовались клинико-психопатологический, психометрический (субшкала позитивных симптомов шкалы оценки позитивных и негативных симптомов – (PANSS) - Positive and Negative Sindrom Scale; Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., 1987), статистический методы.

Результаты: длительность психотического эпизода не превышала 2,5 дня у 25% больных, варьировала от 6 до 12,5 дней у 50% пациентов и от 12,5 до 30 дней у 25% обследованных. Средний балл тяжести психотического состояния составил 25,7 ± 4,6. Следует отметить, что у 4 (20%) больных отмечалась спонтанная редукция психотической симптоматики до начала терапии в стационаре. Особенностью этих психотических состояний являлась их малая продолжительность, менее суток у 3 пациентов и 3 дня у одного больного. Средний балл тяжести психотического состояния не отличался от среднего балла по выборке и был равен 25,7±7,1. Остальным 16 пациентам, с момента поступления в стационар назначались инъекционные формы традиционных нейролептиков (галоперидол и трифтазин в 94% и 6% случаев соответственно), с последующим переводом на пероральный прием таких антипсихотиков как флупентиксол, амисульпирид. Средняя редукция психотической симптоматики на фоне антипсихотической терапии составила 17,3±3,8 балла (66,7±6%). После купирования галлюцинаторно-бредовой симптоматики средний балл по субшкале позитивных симптомов находился в пределах 8,4±1,8 балла, что объясняется сохраняющимися у некоторых больных в постпсихотическом периоде экспансивности, напряжения, раздражительности.

Выводы: Острые преходящие психотические расстройства характеризуются выраженной тяжестью психопатологической симптоматики, требующей назначения инъекционных форм высокопотентных нейролептиков. В предварительном плане можно говорить о возможности спонтанной редукции психоза на инициальном этапе заболевания, и значительном уменьшении такой вероятности при длительности психотического состояния более суток.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: БИОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРВЫХ ПРИСТУПАХ ПРОЦЕССУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

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 шизофренического 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 для 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 госпитализации.

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 атипические 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: психообразовательна 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 клинико-социального эффекта программы первого психотического эпизода были исследованы две группы пациентов, страдающих шизофренией: первая группа 46 больных с первым эпизодом, лечившихся в 2002-2003 г.г. (до организации отделения первого психотического эпизода), и вторая группа из 54 пациентов курируемых в отделении первого эпизода в 2004-2005г.г. 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 госпитализаций и более высокий уровень социального функционирования.

ОБОСНОВАНИЕ СТАНДАРТА ТЕРАПИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.В. Голенков (Чебоксары)

Табакокурение (ТК) больных шизофренией (БШ) является весьма актуальной проблемой по многих причинам. Авторитетные зарубежные исследования показывают, что БШ курят в 2-5 раз чаще, чем больные с другими психическими расстройствами и население в целом. Они курят достоверно больше сигарет в день, раньше начинают курить, чаще подвержены никотиновой зависимости (НЗ) и значительно реже прекращают ТК.

Курящие БШ чаще госпитализируются из-за экзацербации психотических расстройств, хуже переносят нейролептики, чаще потребляют психоактивные вещества. С ними труднее установить терапевтическое сотрудничество, чем с БШ без НЗ. У БШ имеются предпосылки для поддержания высоких уровней никотина в организме, что ведет к более сильной НЗ и является серьезным препятствием к отказу от ТК. У БШ в два-три раза чаще, чем в населении наблюдаются сердечно-сосудистые и легочные заболевания, значительно выше уровень смертности. БШ тратят значительную часть своих доходов на ТК.

Исследования показывают, что атипичные нейролептики показывают лучшие результаты у курящих БШ, чем у некурящих. Клозапин является препаратом выбора для лечения НЗ. Кроме психофармакотерапии зарубежные исследователи рекомендует для прекращения ТК никотинзаместительную терапию (пластырь, жевательная резинка, ингалятор, таблетки, назальный спрей), а также бупропион и варенициклин. Никотинзаместительная терапия у БШ: улучшает нейропсихологические отклонения, связанные с болезнью; предупреждает или уменьшает развитие никотинового абстинентного синдрома и влечения к ТК; предупреждает экзацербацию психотических расстройств на фоне никотинового абстинентного синдрома; предупреждает или уменьшает побочные эффекты психофармакотерапии; воздействует на никотиновые рецепторы, играющую существенную роль в развитии симптомов шизофрении. Данные обстоятельства убедительно показали, что ТК отчетливо связано с шизофренией и может быть обусловлено биологическими факторами.

Таким образом, лечение НЗ у БШ способно повысить эффективность реабилитационных мероприятий, качество и продолжительность жизни больных, снизить высокие экономические потери, связанные с тяжелой полиорганной соматической патологии. Сказанное, на наш взгляд, может служить серьезными аргументами для внесения изменений в стандарты оказания психиатрической помощи, разработку протоколов ведения БШ с НЗ, а также, возможно, больных с другими психическими расстройствами.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ

Л.Н. Горобец (Москва)

Анализ данных зарубежной литературы показал, что практически во всех странах отсутствуют руководства по мониторингу клинических и гормональных проявлений синдрома нейролептической гиперпролактинемии (НГП). Кроме того, нет четко разработанных алгоритмов ведения больных с указанным синдромом, касающихся вопросов его профилактики и коррекции.

Исследование уровней пролактина чаще всего проводится при наличии клинической симптоматики НГП, у детей и подростков или назначается клиницистом на основании оценки анамнеза. В то же время нет единого мнения по временным параметрам исследований содержания пролактина у психически больных. Одни авторы считают, что достаточно проводить только фоновые и выборочные определения содержания пролактина, другие указывают на необходимость либо ежемесячных исследований или при каждом посещении пациента, либо ежегодных при длительной противорецидивной терапии. Следует подчеркнуть, что больше внимания уделяется исследованиям клинических проявлений, развивающихся в краткосрочной перспективе, и меньше внимания уделяется проблеме увеличения риска развития отдаленных последствий длительно существующей гиперсекреции пролактина. Обсуждаются вопросы профилактики развития НГП: осторожность при назначении антипсихотиков, повышающих уровень пролактина больным с онкологическими заболеваниями молочной железы, яичников, гипофиза; пациентам с остеопенией или остеопорозом, а также имеющим в анамнезе патологические или фармакологические формы ГП. Рекомендации по коррекции синдрома НГП разработаны более четко и включают три основных подхода: снижение дозировки препарата; переключение на препарат с меньшим влиянием на уровень пролактина или полным его отсутствием; назначение медикаментозной коррекции с применением дофаминстимулирующих препаратов (достинекс, бромокриптин и др.).

Вместе с тем, показания к назначению корректирующей терапии, а также проведение профилактических мероприятий в отношении синдрома НГП требуют тщательной разработки. Остаются неразрешенными следующие вопросы: 1. Существует ли необходимость назначения коррекции при бессимптомной НГП? 2. При каких показателях уровня пролактина следует прибегать к назначению корректирующей терапии? 3. Какой отрезок времени существования бессимптомной или «нелеченной» НГП необходимо считать прогностически важным для развития отдаленных последствий (остеопороза, ИБС и т.д.).

На основании многолетнего изучения проблемы НГП в отделении психиатрической эндокринологии ФГУ МНИИП Минздравасоцразвития нами предлагается следующий алгоритм мониторинга уровня пролактина при терапии антипсихотиками у психически больных. Фоновые исследования необходимы: 1) для определения наличия гиперсекреции пролактина, связанной с физиологическими, патологическими и фармакологическими причинами; 2) для выбора антипсихотика; 3) для выбора дозировки препарата. Исследования в процессе терапии необходимы для: 1) выявления бессимптомной НГП; 2) решения вопроса о назначении корректирующей терапии; 3) контроля в процессе проведения корректирующей терапии; 4) коррекции дозировки препарата; 5) принятия решения о переходе на иной препарат (с меньшим пролактогенным эффектом); 6) предупреждения долгосрочных осложнений.

Таким образом, в проблеме мониторинга и ведения больных с синдромом НГП есть еще много нерешенных вопросов, что обуславливает актуальность научно – практической работы в данном направлении.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АГОМЕЛАТИНА (ВАЛЬДОКСАНА) ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Городничев А.В. (Москва)

Цель: Определение эффективности и переносимости антидепрессанта агомелатин (Вальдоксан) при профилактике рецидивов депрессии у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством.

Методы и материалы: В исследование были включены 121 пациент. Из них 29 (23,2% мужчин и 92 (73,6%) женщины. Средний возраст пациентов составлял 44,7±7 лет. В исследование включались респондеры (50% редукции депрессивной симптоматики) после шестинедельной активной терапии агомелатином (Вальдоксаном). Средняя суточная доза АД составила 27,5 мг/сут. Длительность исследования составила 1 год.

Результаты: Исследование полностью завершили 88 пациентов (70,4%) и 37 пациентов (29,6%) преждевременно выбыли из исследования. Наиболее распространенными причинами выбывания пациентов из исследования были рецидив депрессивной симптоматики – 11 пациентов (29,7%) и 11 пациентов (29,7%) выбыли из исследования в связи с отказом от лечения в связи с хорошим состоянием. В течение всего исследования улучшалось качество ремиссии. В начале исследования доля пациентов в ремиссии (7 и менее баллов по шкале Гамильтона) составляла 57%, а к 12 месяцу терапии 89%. Суммарный балл ШГ достоверно снижался с 8,2 до 3,7 ($p<0,0001$). В ходе исследования у пациентов значительно улучшалось качество сна, что подтверждается достоверной редукцией всех показателей шкалы LEEDS ($p<0,0001$).

Побочные эффекты отмечались у 36 пациентов (28%), все они отличались слабой выраженностью, не влияли на качество жизни пациентов и, в ряде случаев, их связь с принимаемым препаратом была сомнительной.

Выводы: агомелитин (Вальдоксан) обладает выраженной способностью предотвращать рецидивы депрессии у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством и высокой переносимостью при проведении профилактической терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ КОРТЕКСИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Э.Г. Иванчук, В.В. Ростовщиков (Волгоград)

Одной из актуальных проблем в современной психиатрии являются психические и когнитивные расстройства, связанные с органическим поражением головного мозга различного генеза, что требует в большинстве случаев применения в комплексном лечении таких больных препаратов, обладающих ноотропным и церебропротекторным действием.

Этим критериям отвечает современный препарат кортексин, который представляет собой комплекс L - аминокислот и полипептидов, выделенных из коры головного мозга телят. Препарат обладает тканеспецифическим действием на кору головного мозга, улучшает процессы обучения и памяти, стимулирует репаративные процессы.

Материалом для данной работы послужили результаты обследования и лечения 45 больных с диагнозом “Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство” в возрасте от 30 до 48 лет.

Исследование состояло из 3-х этапов. На первом этапе определялось исходное состояние пациентов. В течение второго этапа больным наряду с традиционной терапией вводился кортексин в дозе 10 мг в 2 мл 0,5% растворе новокаина внутримышечно в течение 10 дней. На третьем этапе после введения препарата производилось повторное исследование больных с помощью нейропсихологического метода.

Анализ результатов первого этапа показал, что у больных наблюдались следующие нарушения когнитивных процессов: умственной работоспособности (78,8%), концентрации внимания (78,8%), слухоречевой памяти (56,4%), слухового восприятия невербальных стимулов (34,8%), конструктивного праксиса (45,9%).

После десятидневного курсового лечения кортексином в указанной выше дозе наряду с традиционной терапией проводился третий этап исследования (через 2 недели).

Анализ результатов показал, что после лечения кортексином наблюдалась положительная динамика когнитивных функций, которая выражалась в том, что нарушения внимания и умственной работоспособности составили 15%, памяти – 34,8%, слухового восприятия невербальных стимулов - 22,8%, практически на прежнем уровне остались дефекты праксиса.

Таким образом, учитывая результаты исследования, можно считать обоснованным и целесообразным применение кортексина в комплексном лечении больных с диагнозом “Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство”.

АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Н.И. Любичева, О.И. Салмина-Хвостова (Новокузнецк)

В настоящее время в терапии и реабилитации наркологических заболеваний используется комплексный подход, в соответствии с современной биопсихосоциальной концепцией, учитывающей сочетание различных факторов в развитии и течении наркоманий. Реабилитация наркологических больных предусматривает максимально возможное восстановление физического, психического и духовного состояния больных, коррекцию, формирование их нормативных личностных и социальных качеств, способности полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ, вызывающих болезненную зависимость с учетом коморбидности.

Алгоритм комплексной терапии на этапе реабилитации больных опийной наркоманией с различными преморбидными личностными особенностями составляют фармакотерапия и психотерапия, которые проводятся на амбулаторном уровне оказания помощи. Психотерапия оказывалась больным и их родственникам, согласно разработанным дифференцированным лечебно-реабилитационным программам. Использовались символдрама, когнитивная терапия, НЛП, аутогенной тренировки. Использование предложенного алгоритма комплексной терапии больных опийной наркоманией позволит внедрить необходимую фармакотрерапию и психокоррекционные мероприятия, направленные на редукцию ПВН, коррекцию инсомнических и аффективных расстройств, укрепить и сохранить мотивацию на трезвый образ жизни в ремиссии опийной наркомании, облегчить процесс реадаптации и формирования нового трезвого образа жизни.

Нами, по предлагаемому алгоритму было пролечено 110 пациентов с диагнозом: Опийная наркомания (F11). Среди них 13,5% с акцентуациями характера, 27,9% психопатические личности, 58,6% лица с резидуально-органической недостаточностью головного мозга. Катамнез составлял 2,2±0,7 года.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПРИ СКЛЕРОЗЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ШЕИ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

П.А. Максимова, Г.Н. Носачев (Самара)

Среди причин когнитивных нарушений органической природы в пожилом возрасте одно из ведущих мест занимает патология магистральных артерий шеи, которые почти в половине случаев являются основной причиной инсультов головного мозга и дисциркуляторной энцефалопатии.

Цель исследования – динамическое изучение когнитивных нарушений легкой и средней (умеренной) степени выраженности до и после оперативного восстановления проходимости сосудов головного мозга (каротидная эндартерэктомия). Объектом исследования явились 113 человек в возрасте от 47 до 74 лет (средний возраст составил 58 лет), находившихся на стационарном лечении в отделении хирургической ангионеврологии Клиник СамГМУ с диагнозом: «Атеросклероз аорты и ее ветвей. Стеноз обеих общих сонных артерий. Окклюзия сонной артерии». Среди обследованных 77% человек составили лица мужского пола, 23% - женского. Критерием отбора больных было намеченное им проведение оперативного вмешательства на брахиоцефальных артериях.

Использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический (пато- и нейропсихологические исследования, преимущественно когнитивные, аффективные) методы.

Динамическое катамнестическое клинико-психопатологическое наблюдение в сочетании с пато- и нейропсихологическими исследования показало, что почти у половины пациентов имеет место обратная положительная динамика когнитивных (умеренных когнитивных нарушений на легкие) нарушений с положительной социально-психологической адаптацией. У второй половины пациентов в течении полугода не было отмечено нарастание когнитивного дефицита, но с положительной динамикой клинической картины дисцируляторных нарушений существенно улучшилось качество жизни и жизнедеятельности в целом.

Таким образом, в результате хирургического улучшения кровоснабжения головного мозга существенно корригируются когнитивные расстройства при патологии артерий шеи.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ (ТМС) ПРИ ДЕПРЕССИВНОЙ И НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКЕ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.В. Масленников (Москва)

Актуальность: Депрессия, наряду с негативными симптомами, является одним из важнейших дезадаптирующих факторов у больных шизофренией, что в значительной степени снижает качество жизни и прогноз заболевания в целом. Недостаточная эффективновность психофармакотерапии в лечении этой патологии определяет интерес к методам стимуляции мозга, в частности к ТМС.

Материалы и методы: В исследование было включено 66 больных шизофренией вне обострения психоза на стабильной антипсихотической терапии. У всех пациентов преобладала негативная симптоматика и имела место клинически выраженная депрессия, оцененная по Шкале депрессии при шизофрении Калгари (CDSS) не менее 6 баллов. 32-м больным 1-й группы проводилась ТМС левой долсолатеральной 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. 34-м больным 2-й группы (контрольной) к схеме лечения был добавлен антидепрессант. Еженедельно проводилась оценка по Шкале позитивных и негативных синдромов PANSS и CDSS. Использовались непараметрические статистические методы.

Результаты: Число респондеров с 50% редукцией показателей по CDSS составило в 1-й группе 20 (62,5%) и 18 (52,9%) во 2-й. Для группы ТМС было характерно более быстрое развитие тимоаналептического эффекта с уменьшением выраженности депрессии по CDSS на 39,4% ($p<0,05$) к концу первой недели терапии, а также более выраженная редукция негативной симптоматики по PANSS со снижением показателей на 15,5% ($p<0,05$). В обеих группах были обнаружены корреляции между изменениями негативной подшкалы PANSS и шкалы CDSS, что говорит о редукции преимущественно вторичной негативной симптоматики ассоциированной с депрессией. Продуктивные симптомы во время лечения существенно не изменялись, терапия переносилась хорошо. Наиболее частым побочным действием ТМС были легкие головные боли.

Заключение: Результаты данного исследования свидетельствуют о том, что ТМС по своим тимоаналептическим свойствам не уступает традиционным методам лечения депрессий при шизофрении. Особенностью ТМС является быстрое развитие андидепрессивного эффекта, хорошая переносимость, а также более выраженное антинегативное действие.

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КВЕТИАПИНОМ

Е.М. Мутных, А.Е. Бобров (Москва)

Атипичные антипсихотики помимо антипсихотического и нормотимического эффекта характеризуются щадящим воздействием на когнитивную сферу, что делает их перспективными при лечении шизоаффективного расстройства (ШАР).

Цель: изучение терапевтической динамики когнитивных нарушений у больных ШАР при их лечении кветиапином.

Методы: клинико-психопатологическое и нейропсихологическое исследование (Адденбрукская когнитивная шкала, батарея лобной дисфункции, тест Струпа) – при поступлении и через 4 недели терапии.

Результаты: обследовано 28 больных ШАР (8 мужчин и 20 женщин) в возрасте 25 - 60 лет. Все пациенты находились в остром или подостром психотическом состоянии. Кветиапин применялся в дозе 200 до 750 мг в сутки в виде монотерапии.

При поступлении у больных отмечался аффективно-бредовой синдром с тревожно-депрессивной симптоматикой и чувственным бредом. Шкала общего клинического впечатления – в среднем 4 балла. Когнитивные тесты – признаки ригидности и инертности восприятия, Адденбрукская когнитивная шкала – средний балл 89,4+/-7,6 (у 77% испытуемых – снижение концентрации внимания и вербальной беглости). Батарея лобной дисфункции – ухудшение беглости речи (78%), тест Струпа – нарушения переключаемости, выраженная инертность.

Через 4 недели терапии у больных отмечались позитивные сдвиги по ряду когнитивных параметров (способность к суждениям, беглость речи). Отмечалось также повышение упорядоченности всей когнитивной деятельности, включая процессы опосредования и обобщения, а также обогащение способов выполнения мыслительных задач и стратегий их решения.

Наиболее частые побочные эффекты – изменение веса, сонливость, головная боль и головокружение, легкой или умеренной интенсивности.

Выводы: терапия кветиапином больных ШАР способствует улучшению ряда показателей когнитивного функционирования – скорости идеаторных процессов, восприятия и памяти. Все сказанное имеет большое значение для психосоциальной реабилитации и противорецидивной терапии.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ КОМОРБИДНЫХ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ЭНДОГЕННОЙ ПРИРОДЫ (АФФЕКТИВНОЕ, ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ)

И.А Погосова (Курск)

Целью настоящего исследования явилась разработка мероприятий терапевтического характера для больных коморбидными тревожно-фобическими (паническое расстройство – ПР, генерализованное тревожное расстройство – ГТР) и эндогенными (аффективное расстройство – АР, шизотипическое расстройство – ШР). Обследовано 90 больных, у которых тревожно-фобические расстройства сочетались с расстройствами эндогенной природы: ГТР и АР (легкий и умеренный депрессивный эпизоды) – 31,10% больных, ПР и АР – 38,90% больных, ПР и ШР – 30,0% больных.. Выявленные ранее (В.Я. Семке, И.А. Погосова, А.В. Погосов 2003; В.Я. Семке, И. А. Погосова, 2010) клинико-динамические особенности, механизмы формирования коморбидных взаимосвязей у больных ТФР и расстройствами эндогенной природы послужили основой для разработки мероприятий терапевтического характера. Мишенями психофармокологического воздействия являлись ведущие психопатологические синдромы рассматриваемых заболеваний, вступающих в коморбидные взаимосвязи.

Психофармакологические мероприятия ГТР, сочетающегося с АР, включали назначение антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (сертралина, пароксетина), нейролептиков (сульпирида, хлорпротиксена, тиоридазина), бензодиазепиновых транквилизаторов (феназепама, альпразолама, диазепама). В некоторых наблюдениях к антидепрессантам присоединяли атипичные антипсихотики кветиапин, оланзапин. При ПР, сочетающихся с АР, препаратами выбора являлись антидепрессанты имипрамин, амитриптилин, пиразидол, флуоксетин и др.. С учетом показателей исходного вегетативного тонуса последние получали α и β – адреноблокаторы – пирроксан, анаприлин. При сочетании ПР и ШР использовали нейролептические препараты- трифлуоперазин, флуфеназин-деканоат.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ ТРЕНИНГОВ И АНТИПСИХОТИКОВ 2 ПОКОЛЕНИЯ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

А.Г. Софронов, А.А. Спикина, А.П. Савельев (Санкт-Петербург)

Нейрокогнитивный тренинг – психокоррекционная работа, направленная на коррекцию нарушенной или восстановление утраченной познавательной функции, адресована к специфическим познавательным процессам, таким как память, внимание, мышление.

Структура занятий: Интенсивный тренинг проводится во время пребывания пациентов в отделении реабилитации с частотой не менее двух раз в неделю. Общее число занятий на этапе интенсивного тренинга 10-12. Занятия проходят 2 раза в неделю. Поддерживающий этап направлен на поддержание и закрепление выработанных во время интенсивного этапа когнитивных навыков, а также укрепление пройденного материала, с последующим включением пациентов в социальные программы. Проводится с частотой 1 раз в 2 недели в течении полугода.

Характеристика материала: Для исследования были сформированы группы пациентов с диагнозом шизофрения параноидная. Все пациенты получали адекватную психофармакотерапию нейролептиками 2 поколения (палиперидон, оланзапин, сертиндол, кветиапин). Пациенты основной группы (102) дополнительно участвовали в тренингах когнитивного дефицита. Пациенты, вошедшие в группу сравнения (48 пациентов) получали только психофармакотерапию.

Для оценки отдаленных показателей эффективности использования комплексного подхода (нейрокогнитивные тренинги и антипсихотики 2 поколения), через 12 месяцев после завершения исследования проводилось катамнестическое обследование пациентов.

Анализ результатов катамнестического обследования позволяет сделать следующие выводы:

1) Количество пациентов, соблюдающих прием лекарственной терапии достоверно выше в группе, прошедшей нейрокогнитивные тренинги.

2) Количество пациентов, частично соблюдающих лекарственные назначения, несколько выше в контрольной группе, чем в группе сравнения.

3) Количество пациентов, прекративших принимать лекарственные препараты, оказалось практически идентичным в сравниваемых группах.

4) Больные основной группы, в отличие от пациентов группы сравнения, реже госпитализировались в психиатрические больницы или направлялись в дневной стационар.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭСТ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Цукарзи Э.Э. (Москва)

Пережив периоды ярких взлётов и стремительных падений, в настоящее время ЭСТ является универсальным и высокоэффективным методом лечения крайне тяжелых психических расстройств и при этом, пожалуй, наиболее стигматизированной методикой из существующих в медицине. Ещё один парадокс – острая необходимость ЭСТ для многих пациентов при одновременной её малодоступности. Существующая ситуация в отечественной психиатрии, когда ЭСТ применяется в ограниченном числе клиник, приводит к поляризации оценок места данного метода в системе биологической терапии неоправданно ограничивая либо расширяя клинические показания к применению.

Современные принципы применения ЭСТ предполагают применение различных уровней доз, их индивидуальное титрование, а также использование современных аппаратов с ультракороткими электрическими токами и ЭЭГ-мониторингом процедур. Введение понятия дозы ЭСТ и её градация явилось крайне важным достижением, позволяющим оптимизировать терапевтические подходы. Последние годы мы наблюдаем стремительную переориентацию предпочтений психиатров, связаную с внедрением унилатеральной ЭСТ в высоких дозах. Она рассматривается наиболее оптимальной для приоритетного клинического применения, содержащей на сегодняшний день наиболее рациональный баланс эффективности и безопасности.

Основные актуальные вопросы связаны с обеспеченностью отечественных клиник современными аппаратами для проведения ЭСТ, обучением и контролем качества за её проведением, и в этой области наблюдается непропорциональное отставание в сравнении с общим уровнем владения фармакотерапией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТЕГРЕТОЛОМ И ПАНТОГАМОМ ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И.В. Шадрина, К.Н. Дедова (Челябинск)

В настоящее время регистрируется рост заболеваемости психическими расстройствами, этиология которых связана с повреждением головного мозга. Особого внимания, учитывая распространённость данной патологии, заслуживают вопросы её адекватной психофармакотерапии. На базе госпиталя ветеранов войн было проведено открытое проспективное исследование эффективности и безопасности комплексной терапии препаратами «тегретол» и «пантогам» для лечения пациентов с органическим расстройством личности. В исследование были включены 70 чел. Схема терапии была следующей: пантогам 1500 мг/сут в течение полутора мес. с постепенным наращиванием и последующей отменой дозы по 125 мг в течение 12 дн.; тегретол 300 мг/сут на весь период наблюдения с постепенным наращивание дозы в течение 10 дн. Продолжительность периода наблюдения составила 6 мес. Эффект комплексного лечения оценивался через 1 и через 6 мес. после начала терапии. Терапевтический эффект через месяц после начала терапии касался в основном динамики показателей внимания. Были зарегистрированы рост среднего уровня избирательности внимания по методике Мюнстербергера, а также улучшение абсолютных показателей эффективности работы и психической устойчивости по методике Шульте. Повышение когнитивных возможностей также было отмечено пациентами субъективно. Кроме этого было зарегистрировано улучшение показателей по шкале невротизации методики УНП. Результаты второго скрининга через 6 мес. после начала терапии продемонстрировали выраженную терапевтическую эффективность комбинации тегретола с пантогамом в отношении нарушений личности. Субъективно отмечалось улучшение качества жизни, стабилизация настроения. По результатам объективного катамнеза, социальная, семейная и профессиональная реадаптация отмечена у 66%. Изменения были зарегистрированы и в показателях экспериментально-психологических методик: снижение уровня нейротизма по методике Айзенка и уровня психопатизации по УНП. Убедительным свидетельством эффективности данной схемы лечения стала динамика показателей ЭЭГ: увеличение средней мощности и коэффициента автокорреляции альфа-ритма в затылочных отведениях обоих полушарий, повышение уровня когерентности в лобных и затылочных отведениях, ресинхронизация альфаритма после повторного закрывания глаз. Однако лучшим показателем эффективности лечения является приверженность терапии, которую проявили 91 % пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ КВЕТИАПИНА, ОЛАНЗАПИНА, РИСПЕРИДОНА, ЗИПРАСИДОНА ПРИ КУПИРОВАНИИ ОСТРЫХ МАНИАКАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Шафаренко А.А. (Москва)

Цель: Оценка эффективности и безопасности применения атипичных антипсихотиков рисперидона (РИС), оланзапина (ОЛА), кветиапина (КВТ), зипрасидона (ЗИП) при купировании острых маниакальных состояний в рамках шизоаффективного и биполярного расстройств.

Методы: В открытое, сравнительное исследование было включено 129 пациентов с маниакальной симптоматикой в возрасте от 18 до 65 лет и суммарным баллом по шкале YMRS >20. Пациенты были разделены на группы и получали монотерапию РИС в средней дозе 5,3±0,9 мг/сут, ОЛА – 16,7±6,3 мг/сут, КВТ - 638,1±135,9 мг/сут, ЗИП - 129±18,9 мг/сут в течение 6 недель. Все группы были сопоставимы по количеству пациентов и клинико-демографическим показателям. Оценка клинической эффективности проводилась в 0, 4, 7, 14, 28 и 42 дни терапии с использованием шкалы YMRS, CGI, MADRS. Безопасность препаратов и побочные явления учитывались посредством регистрации всех неблагоприятных явлений, возникших в ходе исследования, а также с помощью шкалы Симпсона-Ангуса (SAS).

Результаты: Во всех терапевтических группах наблюдалась выраженная статистическая достоверная редукция симптоматики по шкале YMRS по сравнению с фоном ($p<0,001$). Процент редукции среднего балла по шкале Young составила 54,4% в группе КВТ, по 53% в группах ОЛА и ЗИП, 52,4% в группе РИС. Число респондеров (50% редукция по шкале Young) к 42 дню в группе ЗИП составило 70%, в группе КВТ – 66,7%, в группе ОЛА – 65,2%, в группе РИС – 63,6%. Из-за низкой терапевтической эффективности и возникновения нежелательных явлений (НЯ), выбыло из исследования 31,8% - РИС, 30,4% – ОЛА, 28,6% - КВТ, 25% - ЗИП. В группах ОЛА и РИС преобладало повышение массы тела более чем на 7% (21% и 12%).

Выводы: Атипичные антипсихотики РИС, ОЛА, КВТ, ЗИП демонстрируют высокую эффективность при купировании острых маниакальных состояний. Выявленные особенности терапевтического действия позволяют осуществить дифференцированный подход к назначению препаратов.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Алфимова М.В., Мельникова Т.С., Лапин И.А. (Москва)

Актуальность и цель исследования. Точки зрения исследователей на феномен суицида и вызывающие его причины достаточно противоречивые. D.Lester (1994) выделил 15 теорий суицидального поведения, но, по его мнению, только когнитивная концепция A.Beck'a способствует пониманию этого процесса. Оценка суицидального риска часто затруднена из-за субъективизма врача в оценки симптоматики, полиморфизма и нестабильности клинических проявлений. Приведенные данные ставят проблему поиска объективных показателей суицидального риска в ряд наиболее актуальных проблем фундаментальной медицины.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ двух групп больных - пациентов с рекуррентными тоскливыми депрессивными состояниями умеренной тяжести с соматическими симптомами (n 282, 137 мужчин и 145 женщин; F33.11 по МКБ 10; 21±2,4 баллов по HDRS в возрасте от 19 до 30 лет без аутоагрессивных действий в анамнезе и больных (n 182, 61 мужчин и 121 женщин) со схожей клинической картиной, имевших серьезные суицидальные намерения, но суицидальная попытка, у которых была прервана благодаря своевременному вмешательству близких или медицинских работников. Проводилось электроэнцефалографическое исследование с последующим анализом когерентности ЭЭГ по системе «BRAINSYS» (Россия). ЭЭГ регистрировали по стандартной методике «10-20». Оценивалась реактивность кортикальных взаимосвязей на эмоционально-нейтральный, позитивный и негативный стимулы при представлении испытуемым различных по модальности и субъективной значимости жизненных ситуаций.

Результаты. По профилю распределения когерентных значений по корковым зонам группа «суицидентов» значимо не отличались от группы депрессивных пациентов со схожей клинической картиной. Однако реактивность на эмоционально окрашенные стимулы оказалась различной. У депрессивных пациентов без суицидальных попыток в анамнезе наибольшая перестройка кортикальной нейродинамики возникала на негативный стимул, наименьшая - на позитивный. У пациентов с суицидальными попытками в анамнезе наблюдалось нивелирование различий реактивности на нейтральные и эмоциональные стимулы за счет относительного усиления реакции на нейтральную стимуляцию. Предъявление любой (как нейтральной, позитивной, так негативной) эмоциональной стимуляции «суицидентам» приводило к снижению функциональной активности коры, особенно выраженному во фронтальных и передних височных корковых зонах. Согласно современным представлениям, префронтальная кора отвечает за поиск решения в сложной жизненной ситуации.

Заключение. Полученные данные подводят нейрофизиологический субстрат для когнитивной теории суицидогенеза Аарона Бека, рассматривающего развитие суицидального конфликта в рамках безысходности и отсутствия других конструктивных способов совладения со стрессом. Возможно, снижение нейродинамических характеристик передних корковых зон, наряду с отсутствием выраженной реакции на позитивную стимуляцию и более частый ответ на эмоционально нейтральный стимул, как на аверсивный (негативный) составляет патогенетическую сущность суицидального поведения.

ЭЭГ КОРРЕЛЯТЫ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ КОГЕРЕНТНОГО АНАЛИЗА

В.К. Бочкарев, А.З. Файзуллоев (Москва)

В связи с многообразием проявлений и гетерогенностью астении анализ фармакогенных изменений межзональных когерентных связей у больных с астеническими расстройствами проведен с учетом комплекса факторов. В число этих факторов вошли показатели шкалы выраженности астенических расстройств MFI-20, показатели памяти и внимания, этиология астении (органического, соматического, психогенного происхождения), индивидуальный уровень когерентных связей ЭЭГ до начала терапии. Корреляционный анализ изменений ЭЭГ, клинических и психофизиологических показателей в конце курсовой терапии ноотропными препаратами фенотропилом и нооклерином выявил паттерны межзональных связей, отражающие динамику астенических расстройств и когнитивных функций. Показана ведущая роль внутриполушарных связей в первом случае и относительно высокая сложность межзональных связей – во втором. Анализ этиологического фактора выявил сходство ЭЭГ паттернов для астении психогенного и соматического происхождения и их отличие при органическом поражении головного мозга. Установлена выраженная отрицательная корреляция между терапевтическими изменениями когерентных связей и их уровнем до лечения, что предполагает регуляторный компенсирующий характер влияния ноотропов на мозговые процессы. Полученные результаты свидетельствуют об информативности функции когерентности для оценки различных аспектов действия ноотропных препаратов.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПОЛИМОРФНОГО НЕЙРОЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТАМИ КАБЕРГОЛИН И МЕТФОРМИН У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ РИСПЕРИДОН

В.С. Буланов, Л.М. Василенко (Москва)

Материал и методы исследования: 18 пациенток с полиморфным нейроэндокринным синдромом (синдром нейролептической гиперпролактинемии и метаболический синдром). Средний возраст 33,2±2,8 лет с диагнозом по МКБ-10 параноидная шизофрения F 20, принимающих рисперидон в средней суточной дозе 2,8±1,1 мг. средняя длительность приема препарата – 10±4,2 мес. Длительность заболевания в среднем составляла 5,5±3,8 года. Методы исследования: клинический, биохимический, статистический.

Дизайн: Исследование проходило в два этапа: на первом, проводилось исследование уровня пролактина, измерение антропометрических показателей, определение эндокринного статуса и назначалась корректирующая терапия каберголином в дозе 1 мг в неделю и метформином 1500 мг в сутки. Второй этап проводился по окончании 2 мес. корректирующей терапии и включал тот же спектр исследований, что и первый.

Результаты: после проведенной коррекции средний уровень пролактина значимо снизился с 1762±320 мМЕ/л до 502±180 мМЕ/л ($p \leq 0,05$). Клиника синдрома гиперпролактинемии частично или полностью редуцировалась: галакторея 44,4 % (8) – 0%; задержка менструации 44,4% (8) – 11,1% (2); олигоменорея – 22,2% (4) – 5,5% (1); снижение либидо 22.2% 9;) – 11,1% (2). Антропометрические измерения показали снижение массы тела с 88,7±19,2 кг до 85,1±16,3 кг, ИМТ с 30,8±6,5 кг/м² до 29,5±4,2 кг/м², объем талии с 97,3±12,4 см до 94±10,2 см.

Выводы: комбинированная корректирующая терапия полиморфного нейроэндокринного синдрома показала возможность нормализовать уровень пролактина, редуцировать симптоматику синдрома гиперпролактинемии, способствуя положительной динамике ряда антропометрических показателей, отражающих состояние метаболизма.

ТРОМБОЦИТАРНЫЕ ФЕРМЕНТЫ У БОЛЬНЫХ С МАНИФЕСТНЫМ ПРИСТУПОМ ЭНДОГЕННОГО ПСИХОЗА

Бурбаева Г.Ш., Бокша И.С., Каледа В.Г., Бархатова А.Н., Омельченко М.А., Турищева М.С., Терешкина Е.Б., Савушкина О.К., Стародубцева Л.И. (Москва)

Обследовали 59 больных, госпитализированных в НЦПЗ РАМН с первым (манифестным) приступом эндогенного психоза, из них у 32 диагностировали шизофрению (ШИЗ, по МКБ-10 рубрики F20.0, F20.2; по DSM-IV – 295.30 и 295.20), у 22 – шизоаффективный психоз (ШАП, по МКБ-10 рубрика F25; по DSM-IV – 295.70). Все больные - мужчины в возрасте 18-30 лет (медиана по группе 21 год, 25-й и 75-й процентили, соответственно, 19 лет и 23 года). Всем больным провели курс комбинированной антипсихотической терапии галоперидолом и клозапином. Психометрическая оценка больных по PANSS и BPRS и анализы количества тромбоцитарных ферментов – белка, подобного глутаминсинтетазе (ГСПБ), глутаматдегидрогеназы (ГДГ) и активности цитохром *с*-оксидазы (ЦО) проводились до-, в ходе и после лечения больных. Эти белки проанализированы также в уравненной по возрасту контрольной группе. Все параметры занесены в базу данных, и проведен поиск корреляций количества тромбоцитарных белков и результатов психометрических тестов с помощью программы Statistica 6.0 (StatSoft), модуль “непараметрический анализ”. Обнаружено, что у больных до лечения достоверно снижена активность ЦО (p=0,0000001) и повышено количество ГСПБ (p=0,006), но не ГДГ, по сравнению с контрольной группой, а количество ГСПБ связано положительной корреляцией с числом баллов по PANSSneg ($R = 0,34$, $p<0,01$). В результате лечения достоверно повысилась активность ЦО у тех пациентов, у которых она была изначально ниже медианы. В ходе лечения выявились отрицательные корреляции активности ЦО с баллами по PANSS и баллами по PANSSpsy, т.е., чем выше активность ЦО, тем меньше выраженность расстройств. Найдены отрицательные коррелятивные связи между *исходной* активностью ЦО и баллами PANSS, PANSSpsy и BPRS ($R > - 0,30$, $p < 0,03$) *после* лечения, т.е., чем выше активность ЦО до лечения, тем меньше выраженность расстройств после лечения. Обнаружено, что среди больных с низкими (ниже медианы) уровнями ГСПБ “нонреспондеров” по PANSSneg достоверно больше, чем ожидаемые значения ($X^2 = 6,92$, p=0,0085). *До лечения* активность ЦО достоверно ниже у больных с диагнозом ШИЗ, чем у больных ШАП (p=0,038). У больных ШАП *исходная* активность ЦО связана отрицательной корреляцией с баллами PANSSpsy и BPRS *после* лечения ($R = - 0,5$, p=0,02), т.е. чем выше активность ЦО до лечения, тем меньше выраженность симптомов после лечения. Обнаруженные связи указывают на возможность использования биохимических параметров (уровни тромбоцитарных ферментов) в качестве вспомогательных инструментов для дифференциальной (ШИЗ-ШАП) диагностики пациентов с манифестным приступом эндогенного психоза, а также при прогнозе эффективности антипсихотической терапии таких больных.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Л.М. Василенко, В.С. Буланов (Москва)

Применение атипичных нейролептиков (АН) у психически больных сделало актуальным изучение различных аспектов метаболических расстройств (МР), возникающих у этих пациентов.

Цель: определить наличие и частоту встречаемости МР у пациентов, получающих АН.

Материалы: 150 больных в возрасте от 19 до 42 лет с диагнозом шизофрения и шизо-аффективный психоз, принимающих оланзапин, рисперидон, кветиапин в течение трех и более месяцев в средних терапевтических дозах. Пациенты не имели в анамнезе эндокринных заболеваний и верифицированных МР до начала терапии АН.

Методы: эндокринологический, статистический.

Результаты исследования выявили наличие МР у подавляющего большинства обследуемых (n=134). Наиболее часто встречалась прибавка массы тела различной степени выраженности (118 случаев, 78%). У 63 лиц было выявлено ожирение 1-3 степени (42%), которое сочеталось с гиперлипидемией (ГЛ) у половины (n=39), с гипергликемией (ГГ) у 43 пациентов и артериальной гипертензией у 20 пациентов. У 15 обследуемых (10%) был диагностирован сахарный диабет. Изолированные ГЛ и ГГ были зафиксированы соответственно у 14 и 18 больных. Треть обследуемых (n=46) имела картину метаболического синдрома (МС), то есть сочетание всех перечисленных выше клинических признаков.

Выводы: наличие МР у большинства психически больных, получающих АН, и их структурное разнообразие требуют внимания врачей-специалистов, а также дифференцированного подхода в лечении и ведении таких пациентов.

ВЛИЯНИЕ АНТИПСИХОТИКОВ НА ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАН БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Говорин Н.В., Озорнин А.С., Озорнина Н.В. (Чита)

Обследовано 68 больных с манифестацией параноидной шизофрении. Средний возраст пациентов 25,9±0,6 лет. Количество мужчин и женщин было одинаковым. В контрольную группу вошли 20 здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу с исследуемыми больными. Пациенты методом случайных выборок были разделены на две группы: получающие лечение галоперидолом и рисполептом. До лечения, через четыре недели терапии и восемь недель определялся жирнокислотный состав мембран эритроцитов.

У больных до начала терапии в мембранах красных клеток крови выявлено увеличение насыщенных жирных кислот (ЖК) ($p<0,001$) и снижение ненасыщенных ЖК ($p<0,001$). Среди ненасыщенных аналогов отмечалось снижение ω-6 ЖК ($p<0,001$) и повышение ω-3ЖК ($p=0,033$). В результате этого коэффициент ω6/ω3 уменьшился в 1,9 раз ($p<0,001$) по сравнению с контролем. При использовании рисполепта отмечалось на 4-й неделе снижение ω3 ЖК на 25,7% ($p=0,046$), на 8-й неделе увеличение содержание ω6 ЖК на 5,5% ($p=0,048$) относительно нулевой точки. Терапия галоперидолом на 4-й неделе привела к уменьшению коэффициента ω6/ω3 на 28,3% ($p=0,049$) по отношению к уровню до лечения. При применении обоих нейролептиков данный коэффициент был значительно ниже такового в группе контроля. К концу лечения у больных, принимавших галоперидол, зарегистрирован рост ненасыщенных ЖК на 2,1% ($p=0,047$) от исходных значений, при этом сумма данных ЖК не достигла контрольных величин.

Таким образом, у больных с острой шизофренией выявлены изменения в содержании ЖК мембран эритроцитов. Терапия нейролептиками в течение 8 недель не приводит к нормализации жирнокислотного состава эритроцитарных мембран.

ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ У ЮНОШЕЙ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ШР), НАЧАВШИМИСЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Н.Л. Горбачевская, М.П. Кобзова, О.А. Щелокова, А.В. Горюнов, Н.В. Зверева (Москва)

ШР носит хронический характер и на всех стадиях развития характеризуется преобладанием негативной симптоматики (эмоциональная нивелировка, снижение активности, инициативы, психической продуктивности) при относительно небольшом вкладе позитивных расстройств. Нейробиологические исследования предполагают у этой группы больных нарушение функционирования нейросетей, осуществляющих целенаправленное поведение.

Целью настоящей работы было исследование количественных параметров ЭЭГ у больных с ШР.

Материалы и методы исследования. Исследована ЭЭГ 25 юношей в возрасте 17-25 лет, находившихся на стационарном либо амбулаторном наблюдении в НЦПЗ РАМН с диагнозами F.21.3 и F.21.4. В 7 случаях была также проанализирована ЭЭГ у этих же больных, записанная в подростковом возрасте.

Результаты исследования. Сравнение ЭЭГ подростков и юношей с нормативной базой данных выявило в обеих группах умеренный дефицит возрастных компонентов альфа-ритма, увеличение низкочастотного альфа-компонента, увеличение значений спектральной плотности и индекса медленной (дельта и тета) активности, а также бета- активности. Для подавляющего большинства больных было характерно снижение уровня межполушарной и \или внутриполушарной когерентности между удаленными (более чем на 50%) зонами коры. В 30% случаев было отмечено увеличение уровня когерентности между рядом расположенными зонами коры (преимущественно между лобными и височными).

Полученные данные могут свидетельствовать о стойких нарушениях биоэлектрической активности при ШР, причем, наиболее значимым изменением явилось разобщение функционирования удаленных зон коры головного мозга, что может быть одним из патогенетическим механизмом данного расстройства.

ГАРМОНИЧЕСКОЕ ЗВУКОВОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ И ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Е.А. Григорьева, А.А. Певзнер, А.Л. Дьяконов (Ярославль)

Целью работы являлось определение влияния гармонического звукового воздействия на депрессии. Обследовано 15 человек в возрасте от 18 до 40 лет с затяжными и хроническими депрессиями в структуре рекуррентного депрессивного расстройства. Депрессия рассматривалась как «патологическое устойчивое состояние». В динамических системах мозговых структур, обеспечивающих психическую функцию, на каждом этапе отмечается ключевое звено, воздействуя на которое можно изменять целостную функцию. Ранее была установлена закономерность реакции организма на гармоническое звуковое воздействие определяющая выбор частоты звука обеспечивающего перестройку биоэлектрической активности мозга. Для выбора типа гармонического звукового воздействия, регистрировалась фоновая ЭЭГ, проводился спектральный анализ фоновой ЭЭГ и выделялись локальные экстремумы максимумы и минимумы. Из полученных значений частот экстремумов выбирались частоты кратные минимальной с коэффициентом кратности 2^n и задавалось периодическое воздействие звуком с частотой кратной одновременно частотам экстремумов максимумов и минимумов. В результате данного воздействия осуществлялась перестройка биоэлектрической активности мозга, что способствовало расшатыванию патологически устойчивого состояния на фоне продолжающегося медикаментозного эффективного лечения. В результате наступало ослабление депрессии сроком от 10 – 20 минут до недели. Возврат депрессии был на более слабом уровне. Повторное воздействие гармоническим звуком на одного и того же человека давало тот же нестабильный временный эффект. Однако на 5 – 15 сеансе в 60 – 75% случаев наступал выход из депрессии. Возможно, в случаях отсутствия полного выхода требовалось большее количество сеансов. Таким образом, воздействие звуком в индивидуальном режиме, зависимом от экстремумов спектра фоновой ЭЭГ, оправдано для лечения затяжных и хронических депрессий.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСКРЕЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ, ДОФА И ДОФУК У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В РАМКАХ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО И ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

А.З.Дроздов, И.Н.Винникова, О.В.Гузенко, А.С.Дмитриев, Т.С.Филатова, Б.М.Коган (Москва)

В настоящее время считается твердо уставленным, что патогенез аффективных расстройств в значительной степени связан с нарушениями центральной моноаминовой медиации (дефицит норадреналиновой и серотониновой нейропередачи). С другой стороны, не вызывает сомнений, что патогенез психотических шизофренических расстройств включает как одно их ключевых звеньев гиперактивность кортикомезолимбической дофаминовой системы головного мозга.

В свете представленных фактов интересно рассмотреть различия экскреторных паттернов катехоламинового обмена у больных со схожими нарушениями депрессивного спектра в рамках чисто аффективных расстройств и у больных с шизофреническим радикалом. Интерес представляют как теоретические вопросы участия катехоламинов в патогенезе шизофрении и аффективных расстройств, так и прикладные аспекты поиска биологических показателей, помогающих разграничить аффективные нарушения в рамках различных нозологических образований.

В настоящей работе было обследовано 40 больных с астено-депрессивным, истеро-депрессивным и тревожно-депрессивным синдромами, из которых у 17 пациентов данные клинические проявления наблюдались в рамках психогенных расстройств и у 23-х пациентов – при шизотипических нарушениях. Определение содержания свободных форм норадреналина, адреналина и дофамина, диоксифенилаланина (ДОФА) и диоксифенилуксусной кислоты (ДОФУК) в суточной моче проводили методиками с использованием высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимическим детектором.

Результаты показали наличие достоверных различий в средних показателях экскреции катехоламинов между двумя группами больных с депрессиями. Так, например, уровень самого дофамина и норадреналина были существенно выше в группе больных с шизофреническими проявлениями, у них же наблюдалось достоверное увеличение средней экскреции ДОФУК относительно контрольных показателей. Имеются и другие признаки аномальности обмена дофамина в этой группе пациентов.

Таким образом, в настоящей работе показано, что различия в метаболизме катехоламинов между группами больных с депрессивными синдромами в рамках шизотипического расстройства и аффективных нарушений психогенного уровня существуют и что они могут отражать патогенетические различия протекания психопатологических процессов.

РОЛЬ ИММУННЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОИДИТОМ ХАШИМОТО

Г.П. Иванова, Л.Н. Горобец (Москва)

Цель исследования: изучение сопряженности иммунологических дисфункций с психическим статусом у больных тиреоидитом Хашимото.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психологический, эндокринологический, иммунологический, статистический.

Материалы исследования: 319 больных гипертрофической формой аутоиммунного тиреоидита на стадии эутиреоза. Из них 242 женщины и 77 мужчин. Средний возраст - 33,2±0,8 лет.

Результаты: в изученной группе больных по критериям МКБ-10 диагностированы: другие невротические расстройства - (F48) - 166 наблюдений; другие депрессивные эпизоды (F32.8) – 153 случая. Определены статистически значимые расхождения среднего уровня цитокинов со средними в популяции, с повышением значений их показателей для IL-1, IL-2, α-TNF, α-INF ($p<0,01$) у субъектов с астеническими нарушениями; для IL-1, IL-2, IL-3, IL-6, α-TNF, α-INF ($p<0,01$) - с аффективными расстройствами. В ходе математического анализа установлена положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем астении (шкала MFI-20) и цитокинами IL-1 ($rs= 0,50$, $p<0,01$), IL-2 ($rs=0,49$, $p<0,01$) и α-INF ($rs=0,52$, $p<0,001$); значением интерлейкина IL-2 и показателем уровня тревоги, определяемой по трем шкалам (HAMA: $rs= 0,55$, $p<0,001$; SCL ANX: $rs=0,49$, $p<0,01$ и STAI-II: $rs=0,53$, $p<0,01$); между показателем кластера депрессии (шкала SCL- DEPR) и значениями уровня цитокинов IL-6 ($rs=0,51$, $p<0,01$) и α-TNF ($rs=0,62$, $p<0,001$).

Вывод: иммунный дисбаланс в спектре цитокинов является одним из звеньев патогенеза выявленных психических расстройств непсихотического уровня у больных с АИТ.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЭГ В ДИНАМИКЕ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Васильева А.Г., Яковлева О.Б., Сафарова Т.П. (Москва)

Целью клинико-нейрофизиологического исследования было выявление ЭЭГ-коррелятов и возможных ЭЭГ-предикторов эффективности терапии эндогенных депрессий позднего возраста.

Материал и методы: У 30 пациентов (24 женщины, 6 мужчин; все праворукие; средний возраст 68 ± 6.0 лет) с депрессивными состояниями в рамках рубрик F31 и F33 МКБ-10 (тяжесть депрессии по шкале HAMD-17 до начала терапии от 16 до 30 баллов, в среднем по группе 24 балла) проведен спектральный анализ фоновой ЭЭГ (в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами) в узких частотных диапазонах до начала и на 28-й день курсовой фармакотерапии антидепрессантами.

Результаты: Через 28 дней терапии у пациентов отмечено выраженное улучшение клинического состояния (с уменьшением суммы баллов по шкале HAMD-17 в среднем по группе на 17 баллов).

Усреднение количественных значений спектральной мощности ЭЭГ в узких частотных диапазонах по группе пациентов показало, что при этом повысилась спектральная мощность альфа-2 (9-11 Гц) и альфа-3 (11-13 Гц) активности в теменно-затылочных областях, снизилась спектральная мощность тета-2 активности (6-8 Гц) в лобно-центрально-височных отведениях от левого полушария, акцент спектральной мощности дельта (2-4 Гц), тета-1 (4-6 Гц) и тета-2 (6-8 Гц) активности сместился в правое полушарие, а также повысилась спектральная мощность бета-1 активности (13-18 Гц) в центрально-теменных областях и бета-2 активности (18-30 Гц) в лобно-центрально-височных зонах, особенно, левого полушария.

Корреляционный анализ клинических и нейрофизиологических данных выявил достоверно положительные ($p<0.05$) корреляции индивидуальных показателей степени улучшения клинического состояния (разности оценок по шкале HAMD-17 до начала и на 28-й день терапии) с исходными (до начала курса терапии) значениями спектральной мощности альфа-3, бета-1 и бета-2 ЭЭГ-активности в центрально-теменно-височных зонах левого полушария.

Заключение: Таким образом, у пациентов пожилого возраста выраженная редукция депрессивной симптоматики под влиянием фармакотерапии ассоциируется с ЭЭГ-признаками улучшения функционального состояния обеих теменно-затылочных областей и лобно-центрально-височных зон левого полушария, а также повышения активации центрально-теменных и лобно-центрально-височных областей коры (особенно, левого полушария) со стороны стволовых структур головного мозга.

Полученные данные подтверждают роль сниженного функционального состояния передних отделов левого полушария и повышенной активации правого полушария в патогенезе депрессии и могут быть практически использованы для дополнительной оценки биологических аспектов эффективности терапии. При этом исходные ЭЭГ-показатели активации левого полушария могут быть возможными предикторами большей эффективности курсовой терапии.

НАРУШЕНИЯ МОНОАМИНЕРГИЧЕСКИХ СИСТЕМ И ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ

Калинина В.В., Грызунов Ю.А., Смолина Н.В., Узбеков М.Г., Мисионжник Э.Ю., Добрецов Г.Е. (Москва)

Нарушения, возникающие на молекулярном уровне, у больных первым эпизодом шизофрении (ПЭШ) изучены недостаточно.

Цель. Исследовали биохимические показатели, отражающие состояние моноаминергических систем, и биофизические показатели, отражающие окислительно-восстановительные процессы в организме.

Методы. Группу испытуемых составили 26 человек (средний возраст 28 ± 9), все пациенты поступили в Московский НИИ психиатрии и были обследованы в период первого приступа шизофрении, до лечения. Тяжесть расстройств составляла 75 ± 2 балла по шкале PANSS.

Результаты. Больные характеризовались повышением активности моноаминоксидазы тромбоцитов (на 107%; $p<0,01$) и снижением активности семикарбазид-чувствительной аминоксидазы сыворотки крови (на 29%; $p<0,001$) по сравнению с контрольной группой (10 здоровых доноров). Исследование реакционной способности SH-групп молекулы альбумина, оставшихся неокисленными, в реакции с тиол-специфичным реагентом дитионитробензолом показало снижение константы скорости реакции (Kv) (на 24%; $p=0,02$) по сравнению с контролем. Больные с ПЭШ разделились на две группы – с высокой и низкой Kv. В группе с низкой Kv наблюдалась отрицательная корреляционная зависимость между активностью семикарбазид-чувствительной аминоксидазы сыворотки крови и концентрацией малонового диальдегида ($r = -0,71$; $p<0,05$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что у больных с ПЭШ еще до начала лечения имеются значительные нарушения моноаминергических систем и свойств тиоловых групп альбумина. Предполагается, что группа больных изначально неоднородна по патофизиологическим механизмам развития заболевания.

ИЗМЕНЕНИЯ КОРТИКАЛЬНОЙ НЕЙРОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕДУЩЕГО АФФЕКТА ПРИ РЕКУРРЕНТНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ (ПО ДАННЫМ КОГЕРЕНТНОГО АНАЛИЗА ЭЭГ)

Лапин И.А., Мельникова Т.С. (Москва)

Актуальность и цель исследования. Работы, посвященные анализу когерентности (КОГ) при депрессиях, немногочисленны и проведены на небольшом количестве испытуемых, хотя уже в первых исследованиях [Flor-Henry & Koles 1984, Pockberger et al. 1985, Ford et al. 1986, Lieber & Prichep 1988] было показано, что КОГ хорошо дискриминирует когорту больных аффективными расстройствами от нормы и групп больных с другой психической патологией. Несмотря на это, попыток описать конкретные КОГ характеристики ЭЭГ в зависимости от ведущего аффекта до сих пор не предпринималось.

Материал и методы. Обследовано 208 пациентов (89 мужчин и 119 женщин) с рекуррентными депрессивными состояниями умеренной тяжести с соматическими симптомами (F33.11 по МКБ 10; 19-26 баллов по HDRS) в возрасте от 19 до 30 лет. Сформировано 4 группы сравнения сопоставимых по полу и возрасту: в 1 группу вошли депрессивные пациенты с доминирующим тоскливым (n 71); 2 - тревожным (n 90); 3 - апатическим аффектом (n 47); 4 – 42 здоровые испытуемые. Наряду с клинико-психопатологическим, проводилось электроэнцефалографическое исследование с последующим расчетом КОГ по системе «BRAINSYS» (Россия). Анализировались ЭЭГ покоя по стандартной методике «10-20».

Результаты. Анализ усредненной по всем ритмам и корковым зонам КОГ выявил, снижение этого показателя относительно нормы во всех группах больных. Наименьшее отклонение от контроля зарегистрировано у больных тревожными депрессиями, более выраженное – тоскливыми, а наибольшее снижение отмечено при апатических состояниях. При этом при тоскливых и апатических депрессивных синдромах наблюдался более высокий тонус левой, а при тревожных правой гемисферы. Во всех трех изучаемых группах больных КОГ передних, средних и задних височных корковых зон была ниже нормы. При этом у депрессивных больных с доминирующим тоскливым аффектом наблюдалась относительно более высокая функциональная активность левых передних и средних височных зон, при ослаблении зеркальных правых. В задних височных корковых зонах зарегистрирован обратный переднему паттерн - с более высокими значениями КОГ справа. При тревожных депрессиях более высокие значения КОГ выявлены в височных отделах правого полушария. Апатические состояния отличались наиболее драматичным среди представителей всех трех изучаемых групп падением КОГ височных корковых зон при отсутствии межполушарной асимметрии по передним височным отведениям и небольшим левополушарным преобладанием в средне- и задневисочных областях. Анализ КОГ других корковых зон выявил диффузное снижение КОГ по всему конвексу у представителей всех трех изучаемых групп. Наиболее значимые отклонения от нормы, вне зависимости от типа ведущего аффекта, зарегистрированы в лобных и теменных отведениях, наименее выраженные - в затылочных.

Таким образом, ведущий аффект определялся мозаикой кортикального взаимодействия с формированием различных паттернов межполушарной асимметрии.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ И ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРАПИИ ОЛАНЗАПИНОМ

М.И. Матросова, Л.Н. Горобец, А.В. Литвинов (Москва)

С **целью** сравнительного анализа динамики уровня пролактина обследованы 58 пациентов (29 мужчин и 29 женщин) с первым эпизодом шизофрении (ПЭШ) и шизоаффективным расстройством (ШАР) и 34 пациента длительно страдающих шизофренией и ШАР (18 женщин и 16 мужчин), средний возраст – 30,3±7,2 лет.

Методы: клинико-психопатологический, клинико-эндокринологический, биохимический и статистический.

Результаты: Исследование пациентов проводилось: фон (1 этап) - до назначения оланзапина (пациенты с ПЭШ и ШАР) или сразу после периода отмены до назначения антипсихотического препарата (пациенты, длительно страдающие шизофренией и ШАР), 3-4 неделя терапии - 2 этап и 6-8 неделя (3 этап). Состояние у всех пациентов на момент включения в исследование характеризовалось острой психопатологической симптоматикой. Выделено две подгруппы больных в зависимости от тяжести симптоматики. 1 – 69 чел. (31 М и 38 Ж) с выраженной психопатологической симптоматикой - 94,2±7,6 балла по шкале PANSS. 2 подгруппа – 23 чел. (14 М и 9 Ж) с нерезко выраженными психопатологическими нарушениями – 78,6±0,3 баллов. Средний фоновый уровень пролактина у женщин обеих исследуемых групп был самым низким в 1 подгруппе. В процессе терапии оланзапином на втором этапе исследования у пациенток с ПЭШ и ШАР средний уровень пролактина достоверно превышал фоновое значение (p=0,002, p=0,04) независимо от тяжести состояния, а к концу 6-8 недели терапии отмечалась тенденция к снижению уровня гормона только у пациенток 1 подгруппы. В отличие от пациенток с ПЭШ и ШАР у женщин, длительно страдающих шизофренией и ШАР, динамика средних показателей пролактина характеризовалась достоверным повышением на 2 этапе исследования (p=0,04) только в 1 подгруппе, а к концу исследования средний уровень пролактина снижался. В процессе исследования среднее значение пролактина у пациенток, длительно страдающих шизофренией и ШАР, с менее выраженной симптоматикой по шкале PANSS практически не изменялось на всех этапах. Средние фоновые значения пролактина у мужчин с ПЭШ и ШАР находились в пределах нормативных значений. В процессе терапии оланзапином на 2 этапе исследования у пациентов с ПЭШ и ШАР независимо от тяжести психопатологической симптоматики происходило достоверное повышение уровней пролактина относительно фоновых показателей, в отличие от мужчин, длительно страдающих шизофренией и ШАР, у которых в процессе терапии оланзапином динамика была разнонаправленной.

ДНЕВНАЯ ДИНАМИКА МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ ЭЭГ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЯХ

Мельникова Т.С., Краснов В.Н., Андрушкявичус С.И. (Москва)

Задача исследования: Определить отличительные особенности межполушарного баланса корковой нейродинамики в утренние и вечерние часы у больных эндогенными депрессиями.

Материал и методы: Обследованы 18 больных эндогенными депрессиями (9 женщин и 9 мужчин в возрасте от 24 до 52 лет, правши, средний возраст - 31,2±2,4 года). Тяжесть депрессии составляла 19-23 балла по HDRS. Длительность заболевания от 2 до 10 лет (в среднем 7,8±1,7 года). ЭЭГ регистрировали монополярно с помощью аппаратно-программного комплекса «НЕЙРО-КМ» (Россия) по схеме 10-20% на свободном от медикаментозной терапии фоне в утренние (с 8 до10) и вечерние (с 17 до 19) часы. Вычисляли спектральную мощность (СМ), величину когерентности (КОГ), а также - величину средней когерентности (СрКОГ) каждой области со всеми остальными корковыми зонами – показателя активности выбранной зоны в интегративной деятельности мозга.

Результаты: При попарном сравнении утренних и вечерних записей ЭЭГ выявлено изменение локализации фокуса максимальной выраженности альфа-ритма. Утром значения СМ в левой и правой затылочных областях были почти равны, в вечерние часы более высокий индекс СМ определялся в правой затылочной зоне, что характерно для здоровых испытуемых. В утренние часы отмечались более высокие значения СМ медленноволновых ритмов и большая их представленность в корковых зонах левой гемисферы, что указывает большее снижение ее функциональной активности по сравнению с правым полушарием. Анализ СМ быстроволновой активности показал повышение функциональной активности всех областей коры в вечернее время.

Для утренних записей характерна ярко выраженная асимметрия СрКОГ в височных зонах: функциональная активность правых корковых зон выше, чем симметричных областей левой гемисферы. Асимметрия определялась преимущественно ритмикой тета- и альфа-диапазонов. В вечерние часы эта асимметрия нивелировалась, а сохранялось только усиление КОГ передневисочной с фронтальной областью.

Полученные данные свидетельствуют о том, что хронобиологические механизмы развития депрессий являются одним из фундаментальных компонентов патогенеза депрессивных состояний и проявляются значимыми нейрофизиологическими и клиническими признаками, требующими учета в диагностике и терапии.

ОБ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ

Мисионжник Э.Ю., Узбеков М.Г., Шмуклер А.Б. (Москва)

Трансаминазы являются ферментами, катализирующими реакции трансаминирования, при которых происходит обратимый перенос аминогрупп с аминокислот на кетокислоты.

Цель. Изучение особенностей активности аспартатаминотрансферазы (АСТ) К.Ф. 2.6.1.1. и аланинаминотрансфераза (АЛТ) К.Ф. 2.6.1.2. у больных с первым эпизодом шизофрении (ПЭШ).

Материалы и методы. Исследовано 40 больных (17 женщин и 23 мужчины), средний возраст 25,9±6,7 лет. Все больные исследовались в период первого эпизода шизофрении, до лечения. По критериям МКБ-10 параноидная шизофрения (F-20) была диагностирована у 14 больных, недифференцированная шизофрения (F-20.3) у 25 больных, гебефреническая с малым темпом прогредиентности (F – 20.1) у 1 больного. Длительность заболевания составляла в среднем 2,1 года. Активности АСТ и АЛТ определяли в сыворотке крови, на биохимическом анализаторе А-25 фирмы Biosystem (Испания). Расчитывалось отношение АСТ к АЛТ (коэффициент де Ритиса).

Результаты. У 61,5% больных коэффициент де Ритиса был статистически достоверно ниже нормы ($p<0,001$) за счет статистически достоверного увеличения активности АЛТ ($p<0,001$) в соотношении АСТ/АЛТ. Корреляционный анализ 20 больных при сопоставлении коэффициента де Ритиса и PANSS показал умеренную обратную корреляцию, коэффициент корреляции был (–0,66). Это свидетельствует о том, что величина коэффициента де Ритиса ниже нормы часто сопровождается более высоким показателем PANSS.

Выводы. Указанные изменения активности трансаминаз у больных с ПЭШ свидетельствуют о нарушениях в белковом и углеводном обмене.

Работа выполнена при поддержке гранта МНТЦ 3156.

РЕАКЦИЯ БИОПОТЕНЦИАЛОВ МОЗГА НА ЗВУКОВЫЕ ГАРМОНИКИ РАЗЛИЧНОЙ ЧАСТОТЫ

А.А. Певзнер, Е.А. Григорьева, А.Л. Дьяконов (Ярославль)

Целью работы являлось изучение влияния гармоник различной частоты на биоэлектрическую активность мозга в зависимости от спектра фоновой ЭЭГ. Обследовано 86 человек в возрасте от 18 до 50 лет без серьёзной соматической и психической патологии. Выявлена закономерность реакции мозга: при воздействии гармоническим звуком с частотой, равной экстремумам максимумам (минимумам) возникает реакция синхронизации (десинхронизации) в соответствии с коэффициентов кратности 2^n. Далее исследовались ЭЭГ с применением узкополостных фильтров со средними частотами равными частотам экстремумов спектра фоновой ЭЭГ. Задавалась полоса пропускания фильтра в пределах $f_{э1} \pm 0{,}25$ Гц, где $f_э$ – частота i-того экстремума. Фильтрация ЭЭГ производилась при заданной полосе пропускания, полученной при воздействии гармоническим звуком с частотой, изменяющейся в заданном диапазоне. Выявлялся амплитудно-модулированный гармонический сигнал с несущей частотой $f_э$, в котором выделялись экстремумы максимумы и минимумы. Моменты максимума и минимума модулирующего сигнала сравнивали с моментами звука, частота которого кратна экстремумам максимуму и минимуму. По величине отклонения соответствующих моментов, в секундах, с учётом градиента изменения частоты излучаемого звука определялась ошибка совпадений частот прогнозируемого и излучаемого звука в Гц и %. Получен высокий процент (75 – 100%) совпадений моментов синхронизации и десинхронизации.

Таким образом, для определения реакции мозга на звуковое воздействие периодическим сигналом определённой частоты целесообразно проводить узкополосную фильтацию с частотами, кратными данной частоте звука и равным частотам экстремумов спектра фоновой ЭЭГ.

ИНВОЛЮЦИОННАЯ ИСТЕРИЯ: ТИПОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ

Поляковская Т.П. (Москва)

Обследовано 85 женщин (средний возраст 49,1±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. Для терапии предпочтителен кветиапин, эффективный при психосоматических расстройствах, в сочетании с когнитивно-бихевиоральной психотерапией. 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 предиспозиция определяется чертами «слепо преданных» («devoted» по А.Б. Смулевичу, 2009). Ипохондрическая составляющая представлена явлениями «прекрасного равнодушия», отражающими свойства аберрантной ипохондрии в структуре акцентуации. Динамика – постепенная редукция психопатологических проявлений, сформировавшихся в рамках психогенно провоцированной затяжной депрессивной фазы. Для лечения предпочтительны тимоаналептики современных генераций (серотонинергические, двойного действия) в сочетании с когнитивно-бихевиоральной психотерапией.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО И ОПТИЧЕСКОГО ОСВЕЩЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЦИКЛА СОН-БОДРСТВОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СЕЗОННЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

И.В. Пудиков (Самара)

С целью изучения влияния искусственного освещения на циркадианную ритмику пациентов с СД оценивали клинические и нейрофизиологические (ПСГ) эффекты воздействия сочетанного освещения видимой и ультрафиолетовой части спектра на фазовые соотношения сна, бодрствования, медленноволнового и парадоксального сна (REM и NREM). Использовали методику, ранее подробно изложенную в описании патента на изобретение № 2295989 «Способ регуляции физического и психо-эмоционального статуса лиц, находящихся в состоянии десинхроноза». Объектом исследования стали 24 пациента с эпизодами СД, проходившие курс фототерапии. Воздействие, длительностью от 40 до 60 минут осуществляли два раза в сутки – в утренние и вечерние часы. После сеанса фиксировали отчеты пациентов, и объективные проявления психо-эмоционального статуса. У 6-х лиц проводили компьютерную полисомнографию до и в ходе лечебного воздействия.

По данным компьютерной полисомнографии у всех шестерых обследованных лиц на 9-14 сутки фототерапии латентное время 1 стадии NREM (время засыпания) составило от 7 до 21 минут, что расценивается как уменьшение в сравнении с показателями до терапии. У трех человек зафиксировано латентное время первого эпизода движений глазных яблок (REM) более 30 минут.

Таким образом, воздействие комбинированным ультрафиолетовым и оптическим освещением в течение 18-21 суток влияет у пациентов с сезонными депрессиями как на период цикла сон-бодрствование, так и на фазовые соотношения. Внутри периода происходит изменение отношения продолжительности времени бодрствования и сна, изменяются интрасомнические фазовые соотношения NREM и REM. Существенны динамические эффекты комбинированного света – периоды освещения отчетливо сдвигают фазу сна на более ранние часы, уменьшают латентное время сна, увеличивают латенцию REM.

ОЦЕНКА КОГЕРЕНТНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЭЭГ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ И НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Саркисян В.В., Мельникова Т.С., Сторожакова Я.А. (Москва)

Целью работы явилось определение когерентных характеристик ЭЭГ (КОГ) различных корковых областей головного мозга у больных ШАР на разных этапах заболевания в период психотического состояния и на этапе становления ремиссии для объективизации качества лечебно-реабилитационных мероприятий.

Методика исследования и характеристика пациентов. Обследованы две группы больных ШАР: 1-я – во время первого эпизода заболевания (n=16), 2-я - на отдаленном этапе течении болезни (давность заболевания 5 лет и более, n=17). Каждому больному запись ЭЭГ проводилась дважды – в период психотического состояния и на этапе становления ремиссии. Контрольную группу составили 25 здоровых испытуемых. ЭЭГ регистрировали в состоянии спокойного бодрствования по международной системе 10–20% с помощью программно-аппаратного комплекса «НЕЙРО-КМ» (Россия) с последующим картированием и анализом КОГ.

Результаты. Проведенный анализ показателей КОГ у больных обеих обследованных групп в период психотического состояния по сравнению с «нормой» выявил увеличение в каудальных корковых зонах в медленно-волновых диапазонах, что может свидетельствовать о повышенной активности субкортикальных отделов головного мозга. Одновременно отмечалось снижение показателей КОГ быстро-волнового спектра во фронтальных отделах. Такого типа феномены, возможно, обуславливают особенности клинической картины заболевания, выражающейся в аффективно-бредовой симптоматике. Отличительной особенностью КОГ больных ШАР в первом эпизоде заболевания в период психотического состояния являлось снижение функциональной активности правого полушария по сравнению с левым. На отдаленном этапе болезни в период психотического состояния отмечалось выравнивание межполушарного баланса с еще большим снижением функциональной активности передних корковых зон. Сравнение показателей КОГ больных обеих групп в период психотического состояния выявил достоверно более высокие показатели КОГ в лобно-центральных корковых зонах в бета1- и в особенности в бета2-диапазоне у больных ШАР в первом эпизоде болезни. Причем количество «связей» в передних корковых зонах у больных первой группы по сравнению со второй группой было больше в левом полушарии, что отражает снижение функциональной активности фронтальных областей левой гемисферы у больных ШАР на отдаленных этапах заболевания. На этапе становления ремиссии у больных ШАР в первом эпизоде и на отдаленном этапе заболевания наблюдалось диффузное снижение средней КОГ по сравнению с периодом обострения за счет динамики КОГ медленно-волновых диапазонов. Межгрупповые различия на этапе становления ремиссии определялись по показателям КОГ в дельта, и в особенности в тета-ритме в височных зонах - у больных 2-ой группы величины средней КОГ в правой височной области выше, а также по параметрам КОГ в высокочастотных диапазонах, преимущественно в гамма-ритме, во фронтально-центральных зонах – у больных 1-ой группы выше, чем у больных 2-ой группы. Такого рода различия могут отражаться в более выраженной негативной симптоматики у больных 2-ой группы.

Заключение. Полученные данные выявили у больных шизоаффективным расстройством особую мозаику межкорковых взаимодействий, позволяя, дифференцировано подходить к оценке функциональной активности различных корковых зон и их участия в интегративной деятельности мозга и в структуре патологической системы, как при первом эпизоде, так и на отдаленных этапах течения болезни, что может быть использовано при объективизации качества лечебно-реабилитационной помощи.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PIP5K2A В ПАТОФИЗИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ

О.Ю. Федоренко, В.А. Гаврилова, А.В. Семке, С.А. Иванова (Томск)

Шизофрения - это мультифакториальное психическое расстройство, развитие которого в значительной степени предопределено генетическими факторами. Фосфатидилинозитол-4-фосфат-5-киназа тип 2 альфа (PIP5K2A) играет важную роль в физиологической и патофизиологической регуляции нейрональной активности. Целью настоящего исследования явилось определение ассоциации полиморфизма гена PIP5K2A с шизофренией и развитием побочных эффектов нейролептической терапии. Нами проведено генотипирование полиморфного варианта (N251S)-PIP5K2A (rs10828317) у 355 больных шизофрений и 100 психически и соматически здоровых лиц в русской популяции Сибирского региона методом РТ-ПЦР с использованием TaqMan1 Validated SNP Genotyping Assay (Applied Biosystems). Выраженность двигательных расстройств оценивалась по шкале непреднамеренных движений (AIMS). В результате проведенных исследований выявлена ассоциация полиморфного варианта (N251S)-PIP5K2A с шизофренией: частота встречаемости генотипа CC у больных шизофренией достоверно превышает частоту у здоровых лиц (19,7% и 9,0%, соответственно, *p=0,044*). Обнаружены существенные различия в частотах генотипов среди больных тардивной дискинезией. В группе больных с дискинезией наблюдается более высокая частота CC генотипа по общей (34,4% и 15,7% соответственно, *p<0,001*), орофациальной (34,2% и 17,3% соответственно, *p=0,004*) и тороколюмбальной шкалам (39,1% и 18,1% соответственно, *p<0,001*).

Мы предполагаем, что функционально неактивная (N251S)-PIP5K2A киназа, ассоциированная с шизофренией, играет патогенетическую роль в развитии дискинезий на фоне нейролептической терапии посредством нарушения регуляции нейрональных каналов и транспортеров.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ №11-04-01102-а «Изучение ассоциации полиморфизма гена PIP5K2A киназы с социально значимыми психическими и поведенческими расстройствами».

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

А.Ю. Березанцев, Л.И. Монасыпова, А.М. Спиртус (Москва)

Нами обследованы 158 пациенток с диагнозом рака, после радикальных хирургических операций, на различных этапах катамнестического наблюдения: 110 человек (70,97%) - с раком молочной железы, 48 (30,3%) – с онкогинекологической патологией. У 107 (67,7%) обследованных выявлены пограничные психические расстройства (F43.22 – 29,75%; F48.0 – 12,02%; F43.21 - 10,76%; F06.6 - 5,7%; F41.2 - 4,43%; F43.8 - 2,53%); у 51 (32,3%) пациентки – донозологические расстройства. Выделено 3 катамнестические группы: – до 6 месяцев после проведения радикальных операций - 45 человек, от 6 месяцев до 1 года – 72 человека, более 1 года – 41 человек. На отдаленных этапах выявлено возрастание числа, утяжеление и хронизация психических расстройств, уменьшении доли донозологических состояний.

38 пациенткам проведена универсальная гипнотерапия, 15 - когнитивно-поведенческая психотерапия. Состояние пациенток основной и контрольной групп оценивалось в динамике через 6-8 месяцев.

До начала психотерапии имелись достоверные различия по результатам опросника Качества Жизни в основной и контрольной группах; средний балл по «физической сфере», «психологической сфере», «социальным отношениям», «духовной сфере» и общий балл были достоверно ниже у пациенток основной группы. В основной группе более выражены показатели депрессии и тревоги.

При психотерапии произошла редукция психопатологической симптоматики. Значения депрессии по шкале Гамильтона уменьшилась с 11,0 до 5,0 ($p<0,0001$), а уровень тревоги - с 8,5 до 3,0 ($p<0,0001$). В группе контроля достоверных изменений данных показателей не было. После проведения психотерапии отмечено достоверное улучшение показателей КЖ по всем параметрам ($p<0,0001$). В контрольной группе показатели качества жизни не изменились.

Таким образом, психотерапия является эффективным методом лечения пограничных психических расстройств у онкологических больных, необходимым для развития психолого-психиатрической помощи данному контингенту.

ОПЫТ АКТИВИЗАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПСИХОТЕРАПЕТВА И УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

М.В. Кузнецова, А.Е. Бобров (Москва)

Активизация взаимодействия психотерапевтов и участковых терапевтов представляет собой важную, но организационно сложную задачу. Для ее решения начата работа по активному консультированию врачей поликлиники и проведению с ними совместных осмотров больных.

Методом случайной выборки из 11 участковых терапевтов базовой поликлиники были отобраны 6 врачей. С каждым из них на протяжении 6 месяцев индивидуально проводилось еженедельное обсуждение тактики ведения больных с непсихотическими психическими расстройствами (НППР). Также 3 раза в месяц прием больных участковым терапевтом осуществлялся совместно с психотерапевтом. При этом выполнялось психиатрическое скрининговое тестирование пациентов для выявления тревожно-депрессивных расстройств.

Активно сотрудничали с психотерапевтом 5 участковых терапевтов. Наибольшую заинтересованность участковые терапевты проявляли в отношении пациентов с необъяснимыми соматическими жалобами, лиц, неудовлетворённых проводимым лечением и пациентов с когнитивными расстройствами. Совместно было осмотрено 224 человека. 144 заполнили скрининговые анкеты, 80 (36,7%) отказались от тестирования.

По результатам тестирования больных диагностически значимые результаты получены у 72 (32,1%) человек, клинически очерченные НППР имели место в 35(24,3%)случаях. Среди отказавшихся от тестирования, выраженные психопатологические проявления отмечались у 7 (8,6%)человек. Из числа выявленных пациентов в дальнейшем за помощью к психотерапевту обратились 11 (7,9%).

Таким образом, от 1/4 до 1/3 пациентов первичной медицинской сети нуждаются в психотерапевтической помощи. Далеко не все они готовы обращаться к психотерапевту. Совместные осмотры и психотерапевтическое сопровождение работы участкового терапевта являются действенным инструментом повышения качества оказываемой таким пациентам помощи.

О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ ШИЗОФРЕНИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ

М.Е. Бурно (Москва)

Речь идёт о пациентах с расстройством критики, но по-своему, расщепленно, переживающих. Например, дама 57-ми лет, инвалид 2 группы, преподаватель немецкого языка, в красивой белой шляпе с мягкими полями жалуется врачу, сочувствуя подруге, на то, что у друга подруги (они все трое ходили на пляж нудистов) «ничего там не видно, какой же это друг». Она же собирается поступить в лингвистическую аспирантуру для того, чтобы иметь возможность общаться там с молодёжью и с каким-нибудь интеллигентным научным руководителем, выйти замуж, родить ребёнка. В то же время в её разлаженных размышлениях вслух звучит немало утончённого, философически-поэтического. Вообще в наших группах творческого самовыражения в диспансерно-кафедральной амбулатории в последние годы всё больше подобных пациентов, переговаривающихся на европейских языках.

Рациональная психотерапия здесь мало что даёт, как и внушение, психоанализ, экзистенциальные подходы. Единственно верная тропа – старая тропа личностного душевного врачебного тепла, заботы (подробнее: Бурно М.Е., 2009; Калмыкова И.Ю., 2010). Неподдельное сочувствие с внимательно-серьёзным отношением к «несуразицам» этих пациентов уже, думается, является здесь началом Терапии творческим самовыражением, оживляя, собирая тёплой врачебной индивидуальностью разлаженную индивидуальность пациентов, помогая им таким образом почувствовать свою самособойность и, значит, вдохновение, в котором живёт стремление делать посильное добро людям. Всё это, особенно при длительной помощи (месяцы, годы), способно, по нашему опыту, стойко освещать душу, дисциплинировать мысли. Далее, чаще всего, на первый план выступает из всех приёмов терапии творчеством терапия творческим общением с природой.

ВАРИАНТ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ

А.М. Бурно (Москва)

Методика инверсии возможностей (МИВ) генетически близка методике РЭПТ А. Эллиса. От последней она отличается следующими моментами.

В МИВ суживается круг симптомов-мишеней. Эмоции, с которыми работает методика, получили название субъективно-проблемных или избыточных. К ним относятся те «неуместные» эмоции А.Эллиса, которые помимо своей прагматической бессмысленности и вредности, являются для личности субъективно-конфликтными, *в самый момент их существования*.

МИВ ограничивается поиском требований исключительно к себе, оставляя в стороне требования к другим («он должен», «мир должен» и т.д.).

МИВ дискутирует не с требованием, а с его *выполнимостью.* Когда такая дискуссия оказывается успешной, и пациент соглашается с тем, что требует от себя невозможного, он без каких-либо дополнительных дискуссий отказывается и от «долженствования».

Таким невыполнимым требованием к себе оказывается *требование управлять собственными душевными движениями прямым волевым образом*, без каких-либо дополнительных, опосредующих стимулов.

Успешное применение методики приводит к тому, что «субъективно-проблемная эмоция» превращается в хотя и тоже негативное, но естественное, адекватное с точки зрения пациента переживание. Терапевтический эффект также выражается в том, что в сознании пациента спонтанно появляются новые возможности (реальные пути влияния на травмирующие обстоятельства), либо открывается возможность примирения с безвыходной ситуацией.

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.В. Васильева, Н.Г. Гаранян, В.И. Брутман (Москва)

Настоящая работа нацелена на изучение личностных характеристик и стратегий совладания со стрессом, связанных с неблагоприятным течением депрессивных расстройств и резистентностью к медикаментозному лечению. Обследовались две группы пациентов – респондеров и нонреспондеров, в которых преобладали пациенты с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство». Среди нонреспондеров их число составило 80%, среди респондеров – 65%. Группа нонреспондеров характеризовалась большей давностью заболевания, большим количеством депрессивных эпизодов и госпитализаций, меньшей продолжительностью ремиссий, большей длительностью текущего эпизода с большим количеством курсов терапии. Перед выпиской нонреспондеры имели более высокие баллы по шкале «Общего клинического впечатления». С помощью комплекса, включавшего опросник перфекционизма (Гаранян, Холмогорова, Юдеева, 2009), тест враждебности (Холмогорова, Гаранян, 2010), опросник SCID-II-Q (First et al., 1997), шкалу копинг-стратегий COPE (Carver, Shreier, Weintraub, 1998) установлен ряд результатов: 1) уровень перфекционизма и выраженные черты «тревожных/боязливых» типов личности (третий кластер оси II DSM-IV-r) служат предикторами неблагоприятного течения депрессивных расстройств и резистентности к их медикаментозному лечению; 2) нореспондеры отличаются от группы с хорошим ответом на терапию более высокими показателями враждебности; 3) нореспондеры также отличаются меньшей склонностью к преодолению стресса с помощью стратегий «Использование юмора» и «Обращение к религии». Дисфункциональные черты личности и неадаптивные копинг-стратегии становятся важными мишенями психотерапии больных депрессивными расстройствами с неблагоприятным типом течения заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Д.А. Верещагина (Москва)

Актуальность. У больных после трансплантации печени часто развиваются психические расстройства, требующие психотерапевтической коррекции. Целью исследования являлась оценка эффективности психотерапии (ПТ) у больных после ортотопической трансплантации печени (ОТП) на раннем этапе реабилитации.

Материалы и методы. Мультимодальная ПТ проводилась 15 больным в возрасте от 20 до 56 лет с расстройствами адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Оценка динамики психического состояния осуществлялась на основании клинического наблюдения, интегративного теста тревожности и методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге.

Результаты. Сроки начала ПТ варьировали от 4 до 35 суток со дня ОТП в зависимости от соматического состояния. Количество сессий (от 3 до 15 в различных случаях) и сочетание методик определялись психопатологией, психотерапевтическим запросом и личностными особенностями больных. Перед началом ПТ средние показатели тревожности и депрессии были: 26,07±9,31 баллов по шкале ситуативной тревожности (СТ-С), 32,47±7,03 балла по шкале личностной тревожности, 58,33±7,75 баллов по шкале депрессии. В ходе ПТ у пациентов было достигнуто улучшение психоэмоционального состояния (редукция тревоги, депрессии, симптомов ПТСР), достоверное снижение по шкалам СТ-С до 21,40±6,80 балла ($p<0,001$) и депрессии – до 53,13±8,97 баллов ($p<0,01$).

Заключение. Мультимодальная ПТ эффективна у больных после ОТП на раннем этапе реабилитации. Сроки начала ПТ, выбор методик и количество сессий зависят от соматического состояния, психопатологии, психотерапевтического запроса и личностных особенностей больных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

М.А. Вишневская, Е.Ю. Струкова (Тамбов)

В настоящее время увеличивается число лиц, обратившихся за психиатрической помощью с депрессивными и тревожными расстройствами, в основном трудоспособного возраста. Находясь в «броне» негативных переживаний, они упускают что–то важное, значимое в жизни, и это порой ведет к личностной деградации, смещении интересов на более узкое удовлетворение основных потребностей. Одним из методов, используемых в психиатрической практике, является метод гештальтерапии, где акцент делается на трансформацию негативных переживаний в позитивные, конструктивные чувства и эмоции. С целью анализа результатов психологической коррекции 54 пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, обратившихся в психиатрическую службу, проведена оценка клинико-психологических данных (шкала Спилберга, MMPI, самооценка). Среди жалоб психологического характера преобладали проблемы психосоматического характера – 55%; необоснованная хроническая усталость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость - 24%. Продолжительность психотерапевтической сессии зависела от тяжести состояния, склонности к рефлексии, в среднем составила 5- 7 сессий. Эффективность индивидуальной психологической работы оценивалась по субъективным переживаниям самого пациента – восстановление и улучшение адаптационных способностей, устойчивость и гибкость эмоциональных реакций, умения отслеживать и осознавать собственные чувства, причины их возникновения, а также объективным показателям – улучшения психического состояния в целом (исчезновение симптомов). В результате у 65% пациентов наблюдалось значительное улучшение состояния; 29% отметили улучшение социальных контактов – восстановление доверительных отношений как в семье, так и в социуме; у 5% –незначительное улучшение состояния, в основном это пациенты неспособные к рефлексии, имеющих «вторичную выгоду» от заболевания, с высоким уровнем невротизации, требующих активного медикаментозного лечения.

ШКОЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ДЕТЕЙ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОГРАММАМ РАЗНОГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

С.В.Воликова, А.Л.Суровова (Москва)

Проблема школьной тревожности, несмотря на достаточное внимание к ней со стороны психологов, остается актуальной. Количество детей с жалобами на школьные страхи не уменьшается. Школьные страхи снижают способность ребенка к усвоению школьных знаний, мешают его интеллектуальному развитию, ухудшают общее эмоциональное состояние школьника. Актуальными остаются вопросы изучения факторов, влияющих на формирование и проявление школьных страхов, вопросы профилактики. В данном исследовании приняли участие 98 школьников общеобразовательных и гимназических классов (по 48 чел.), 98 родителей этих детей, а также учителя. У детей выявлялся уровень школьной тревожности, уровень социальной тревоги, уровень депрессивности. В качестве возможных факторов школьной тревожности исследовались семейные дисфункции, а также перфекционистские установки детей и их семей. Родители и учителя привлекались в качестве экспертов для выявления школьных страхов у детей. Были получены следующие результаты. В гимназических классах уровень школьных страхов, а также уровень тревожной и депрессивной симптоматики, социальной тревоги оказался статистически достоверно выше, чем в общеобразовательных классах. Это подтверждено не только на основе самоотчетов детей, но и на основе экспертных оценок. Также у школьников из гимназических классов выявлен более высокий уровень патологического перфекционизма. Корреляционный анализ выявил статистически надежную связь между показателем школьной тревожности и такими проявлениями семейных дисфункций, как родительская критика, индуцирование тревоги в семье, фиксация на негативных переживаниях, семейным перфекционизмом. Также школьная тревожность связана с патологическим перфекционизмом у детей (с ориентацией на высокие стандарты в учебной и другой деятельности, негативным отношением к ошибкам, ориентацией только на успех, перегруженностью, физическим перфекционизмом). Регрессионный анализ показал, что родительский перфекционизм, а также такие показатели дисфункциональных семейных отношений, как «семейный перфекционизм», «индуцирование тревоги», «родительская критика» и «сверхвключенность» вносят вклад в формирование школьной тревожности (при $p<0,001$). Наибольший вклад в формирование школьной тревожности вносят общий уровень депрессивности, а также общий показатель перфекционизма. Указанные параметры объясняют более 59% дисперсии школьной тревожности.

Таким образом, можно говорить о том, что в гимназических классах выше уровень не только школьных страхов, но общий уровень эмоционального неблагополучия. Регрессионный анализ позволяет говорить о том, что в формировании школьных страхов определенную роль играют семейные дисфункциональные установки родителей, проявления патологического перфекционизма у детей, а также общее эмоциональное неблагополучие детей. Эти факторы могут стать основой для разработки профилактических и коррекционных программ.

ЖИЗНЕНЫЕ НАВЫКИ – ЭТО ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЧЕЛОВЕКА

В.С. Володин (Воронеж)

Жизненные навыки представляют собой способность к адаптации и практике положительного поведения, что позволяет людям эффективно решать проблемы и преодолевать трудности повседневной жизни (ВОЗ).

Жизненные навыки связываются с конкретным поведенческим выбором по отношению к охране здоровья, в первую очередь – к отказу от табакокурения. Навыки критического мышления и принятия решений необходимы для умения противостоять влиянию сверстников или средств массовой информации в отношении курения.

Методы санитарного просвещения, учитывающие роль навыков, включают цели и задачи. Целью является профилактика последствий табакокурения.

Задачи включают снижение уровня потребления табачных изделий молодыми людьми и изменение условий, которые могут повлиять на потребление табака. Имеет значение число мест, свободных от курения, а также стоимость и доступность сигарет.

Содержание мероприятий может быть следующим:

1. Повышение знания о вреде табакокурения;
2. Осведомление о тактике, которую использует табачная промышленность, чтобы убедить молодых людей в использовании табака и сделать их зависимыми от него;
3. Разъяснение отношений, которые позволяют защититься от причинения вреда собственному здоровью и здоровью других людей;
4. Повышение уровня критического мышления и принятия решений, помогающих отказаться от никотина;
5. Формирование навыков общения и отказа от курения, помогающих противостоять давлению со стороны сверстников, а также навыков пропаганды и поддержания среды, свободной от курения.

Все перечисленные аспекты, касающиеся навыков, должны учитываться как семьей, так и школой, высшим учебным заведением в процессе обучения, повышая уровень здоровья человека.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В ЛЕЧЕНИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

В.С. Володин, А.Ю. Ермолов (Воронеж)

Социально-гигиенический аспект табакокурения изучается весьма интенсивно, тогда как медикопсихологические исследования отстают и их результаты незначительны.

Необходимо помнить, что к никотину полностью относится характеристика наркотических веществ, сформулированная Д.Д. Федотовым еще в 1968 г.

Большинство специалистов предпочитают комбинированные способы лечения сигаретной зависимости, включающие психотерапевтическое и медикаментозное воздействие.

В формировании табачной зависимости и становлении клинической картины никотинизма значимую роль играет соматический и психологический фон личности. Не может быть эффективных методов лечения табачной зависимости без учета характеристики личностного аспекта пациента, его психосоциологического контекста и мотивации. Лабильность психических механизмов курильщика табака в период становления ремиссии актуализирует психологический этап в лечении зависимости от табака.

Нами был разработан и внедрен в практику метод лечения табачной зависимости, который позволяет достичь желаемого результата в короткие сроки с применением максимально щадящих психотерапевтических и терапевтических приемов с учетом психологического аспекта личности.

В комплексном лечении мы используем индивидуальный подход, включающий психологические диагностические методики, для выявления темперамента, характера, личностных особенностей и ценностной ориентации курильщика с учетом этапов формирования зависимости, вегетативных проявлений курения, волевых качеств, стрессоустойчивости, социального и семейного окружения. Уделяем внимание развитию аффективной симптоматики у данной личности, применяем методы психокоррекции в лечении сигаретной зависимости.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА В ФОКУСЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

А.Н.Воронин, Е.Л.Николаев (Чебоксары)

Проблемы клинической диагностики в современной медицине решаются, как правило, с позиций формализации, технологизации и стандартизации самого процесса, при этом личность пациента и врача остаются вне зоны внимания. Тем не менее, адекватная общеклиническая диагностика, минимизирующая влияние субъективных факторов, в том числе личностных, является одним из условий эффективной медицинской помощи. Использование специальных интегральных шкал оценки физического состояния (APACHE, APACHE II, APACHE III, SAPS, SAPS II, SOFA, MODS и ряда других) позволяет стратифицировать пациентов для проведения научных исследований и написания отчетов, но часто не дает значимой информации для принятия решения по тактике лечения конкретного больного. В таких условиях определение тяжести состояния пациента обычно является результатом субъективной оценки врачом совокупности объективных симптомов, что не позволяет избежать ошибок и неправильной врачебной тактики. Врачи различных специальностей также по-разному оценивают тяжесть состояния одного и того же пациента, в чем может усматриваться как влияние специфики профессиональной деятельности, так и личностных характеристик врача. Как следствие - возможны различные варианты диагностики. Гипердиагностика ведёт к переводу пациента в отделение интенсивной терапии, гиподиагностика - к развитию осложнений, а нередко и к летальному исходу. В целом, нарушается преемственность оказания медицинской помощи. Именно поэтому стоит подчеркнуть важность исследования психологической составляющей процесса общей клинической диагностики, в частности оценки тяжести состояния больного врачами на различных этапах медицинской помощи, что является недостаточно изученным и требует дальнейшей разработки.

СОЦИАЛЬНО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АБОНЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В СЛУЖБУ «ТЕЛЕФОНА ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»

А.К. Гажа, С.В. Корнюхина, Е.Ю. Струкова (Тамбов)

Данная исследовательская работа проведена на основании статистических данных службы экстренной психологической помощи населению в кризисных ситуациях «Телефон доверия» за период с 2007 по 2010 года, выборка составила 8000 человек. Проанализированы: общее количество звонков; периодичность обращений; половозрастной фактор; семейное положение; социальный статус; характер и содержание обращений; длительность существования проблемы; гендерные различия по указанным выше факторам. Выявлены следующие характеристики часто обращающихся абонентов в службу «Телефон доверия»: одинаковая обращаемость обоих полов, возраст 35 - 37 лет, отсутствие собственной семьи, наличие средств к существованию, затяжная, напряженная ситуация, в основном из-за недостаточной социализации. Также наблюдается тенденция к росту постоянных абонентов, из которых высокий процент составляют люди с хроническим психическим заболеванием. Чаще всего абоненты обращаются по вопросам: общения (75%), одиночества (82%), любовным проблемам (40%), здоровья – 45% (вопросы инвалидности, психические и соматические нарушения, зависимости), внутриличностные конфликты, взаимоотношение детей и родителей (15%). Для женщин наиболее важны вопросы любовных, семейно-супружеских отношений, взаимоотношения с детьми; для мужчин – переживания ревности, вопросы одиночества и здоровья, экзистенциальные переживания. Таким образом, служба ТЭПП в первую очередь выполняет функцию психосоциальной поддержки для двух групп абонентов: незамужних (холостых) молодых людей, имеющих профессиональную устроенность и «затяжные» проблемы в межличностных отношениях с противоположным полом; вторая группа - лица с неблагополучием в психическом здоровье. Первоначальные задачи оказания экстренной психотерапевтической помощи данной службы для лиц в кризисном состоянии на сегодняшний день имеют второстепенное значение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости расширения сети психосоциальной помощи населению, а именно организация «Клубных домов» для пациентов, проведение групп встреч, тренингов общения. Важно информирование население о задачах работы службы ТЭПП, обучения психологической грамоте населения через СМИ.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕНТАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ

Ю.М.Грибкова, О.Д.Пуговкина (Москва)

Социальное взаимодействие имеет большое значение в возникновение и течении депрессивных расстройств. В частности, в этой области актуальны исследования способности к ментализации – пониманию себя и других в процессе общения. Исследование было направлено на изучение этой способности при депрессии. Было обследовано 30 пациентов с депрессией (F32.1 и F33.1) и 34 здоровых испытуемых, уравненных по социодемографическим показателям. Методический комплекс включал шкалы депрессии и тревоги Бека и сконструированную в рамках данного исследования методику, позволяющую выявить способность видеть разные варианты объяснения ситуаций общения. Эта способность есть сущность феномена ментализации. Стимульный материал включал 4 картинки с различными ситуациями межличностного общения. В анализе данной методики была задействована экспертная оценка.

Было обнаружено, что больные депрессией по сравнению с группой контроля дают меньше различных объяснений ситуаций общения, а также их объяснения чаще неадекватны и неполны – не соответствуют деталям картинки, отсутствует описание чувств, мыслей или действий героев, требуемое инструкцией. Это указывает на нарушение способности к ментализации при депрессии. Исследование на общей выборке испытуемых также показало снижение этой способности с увеличением симптомов депрессии. Также выявлено, что способность к ментализации у больных депрессией снижается с увеличением давности заболевания, но не зависит от тяжести заболевания.

Полученные результаты согласуются с данными литературы, указывающими на снижение ментализации при депрессии, связанное с длительностью заболевания и степенью его влияния на личность, но не с падением энергии и прочими нарушениями в силу тяжести актуального состояния.

ГОТОВНОСТЬ ПАЦИЕНТА К ЛЕЧЕНИЮ: ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ

Е.Э. Декало, В.И. Курпатов (Пенза,Санкт-Петербург)

Готовность к лечению – индивидуальная система смысловых, поведенческих, когнитивных, эмоциональных взаимовлияний, отражающих субъективную интерпретацию ситуации лечения в контексте переживания смыслов лечения, осознания собственных потребностей и глубины клинических нарушений; определяется как способность к лечению. В структуру готовности к лечению включаются смысловая сфера переживаний пациентов, мотивационная структура личности; ресурсный потенциал. Смыслы рассматриваются в контекстуальных позициях относительно экзистенциальных категорий, выявляемых с помощью феноменологического анализа (одиночество, потеря, возможность, изменения и др.). На втором этапе исследования смыслы лечения рассматриваются в структуре ресурсного потенциала личности пациента и исследуются в рамках доказательной науки с применением клинико-психологического метода. Далее, пациенты «помещаются» в практику становления и восстановления терапевтического сообщества, трансформации экзистенций и формирования нормативов (нормативных мотивационных механизмов и нозогенических реакций) под влиянием мотивационной психотерапии. Для комплексного изучения используются методы, исследующие: переживание готовности к лечению; показатели патологической активности; силу мотивации; уровень осознанности ведущих компонентов мотива.

Разработанная мотивационная психотерапевтическая программа выделяет иррациональную смысловую систему отношения пациента к лечению. Мишенями психокоррекции являются: нормализация смыслового отношения к ситуации лечения, снижение значимости ситуации лечения как критической; снижение восприятия ситуации лечения в депрессивном контексте, повышение осознания собственной значимости в исходе лечения, усиление самомотивирующих установок и механизмов. В результате применения данной программы наблюдается повышение уровня готовности к лечению, снижение сопротивления, изменение клинических показателей.

ПРИНЦИПЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ В ОБЛАСТИ ВРАЧЕБНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Ю.Т. Джангильдин (Москва)

Концепция профессионального психотерапевтического образования в рамках врачебной специальности базируется на трех основных принципах: 1) медицинская модель психотерапии как внутренней потребности практической деятельности врача-психотерапевта; 2) определение места, занимаемого психотерапией в ряду других научно-медицинских дисциплин; 3) обеспечение научно-исследовательских основ образовательного процесса по психотерапии. Необходимость соблюдения первого принципа определяется тем, что основной состав обучающихся в государственных образовательных учреждениях представлен врачами, оказывающими психотерапевтическую помощь пациентам с серьезными психическими нарушениями и значительно реже – людям с непатологическими жизненными проблемами или донозологическими состояниями. Данное обстоятельство закономерно наполняет содержание учебного процесса медицинским смыслом психотерапевтической модели, основывающейся, прежде всего, на необходимости тщательного клинико-психотерапевтического анализа каждого конкретного пациента, умения оценивать его состояние с позиций врача, обладающего высоким уровнем знаний по общей психопатологии, частной психиатрии, психофармакологии и других разделов медицины. Второй принцип, определяющий выбор профессионального образования по психотерапии на основе медицинского подхода, исходит из нормативного положения этой специальности в ряду других медицинских дисциплин, принятом в отечественном здравоохранении. Врачебная психотерапия, функционируя в рамках специальной медицинской дисциплины, рассматривает в качестве своего предмета не только проблемы «экзистенции и страдания», но обращается к целостной полифонической клинической картине, где общее и частное являются составными и неотъемлемыми ее элементами. Выделенный нами третий принцип подготовки психотерапевтов определяется необходимостью внедрения научно-исследовательских основ в образовательный процесс, формирующей у специалиста соответствующие научно-гносеологические предпосылки, для практической деятельности в русле клинической медицины. С этих позиций психотерапевтическая практика должна представлять собой не случайный набор методов, а носить целенаправленный и клинически осознанный характер, с пониманием механизмов терапевтических процессов и оценки эффективности с точки зрения критериев доказательной медицины. Такой клинически-ориентированный подход в подготовке врачей-психотерапевтов в наибольшей степени приближается к требованиям, предъявляемым к профессиональному образованию по врачебным специальностям в сфере медицинских дисциплин.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ЛИЧНОСТНЫМИ ЧЕРТАМИ ТОРМОЗИМОГО КРУГА

Ю.Т. Джангильдин, Д.А. Голубев (Москва)

С **целью** установления клинических и психопатологических особенностей больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга обследовано 95 пациентов различного возраста, страдающих алкогольной зависимостью 1-2 стадии. Основную группу составили 65 пациентов с индивидуально-личностными чертами тормозимого круга, для сравнения обследована группа больных с преобладающим личностным радикалом возбудимого круга (группа А – 35 чел.) и группа пациентов без определенных личностных акцентуаций (группа Б – 30 чел.). Возраст обследованных – 18-60 лет.

Использовались шкала астенического состояния (ШАС), опросник выраженности психопатологического статуса SCL-90-R, опросник ТОБОЛ (Определение преобладающего типа отношения к болезни), опросник мотивации употребления алкоголя (МПА) В.Ю. Завьялова, тест смысложизненных ориентаций (СЖО) в адаптации Д.А. Леонтьева. Для квалификации преморбидных личностных особенностей использовались классификации О.В. Кербикова, А.Е. Личко, К. Леонгарда.

Результаты проведенного исследования позволяют обрисовать возможное направление психотерапевтического воздействия на больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга. Учитываются нарушения психопатологического статуса, обусловленные как актуализацией ПВА, так и личностными особенностями: проявления межличностной сензитивности и психотизма, обсессивно-компульсивные нарушения, тревожно-депрессивный, астено-депрессивный и астено-ипохондрический психопатологические синдромы. Подлежат коррекции также проявления личностной дезадаптации в виде сниженная самооценки и самоуважения, неуверенности в возможность контролировать свою жизнь, нарушения жизненного целеполагания и смыслоориентации, сужения круга интересов и психологические особенности личности в болезни: смешанный ипохондрически-анозогнозически-сенситивный тип отношения к зависимости, нравственно-этическое снижение в рамках алкогольной деградации личности. На основании полученных данных может быть разработана психотерапевтическая модель с соответствующим алгоритмом методических подходов для больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга.

ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Ю.Т. Джангильдин, М.Л. Баранов (Москва)

Цель работы: определить значение динамики показателей качества жизни больных гипертонической болезнью в оценке эффективности их комплексного лечения с использованием методов психотерапии.

Материалы: обследовано 50 пациентов, страдающих гипертонической болезнью I и II стадий. Включенные в исследование больные рандомизированно разделены на 2 однородные группы. Основная группа - 30 человек, пациенты, получавшие терапию методом когнитивной психотерапии и когнитивной гипнотерапии в сочетании с психофармакотерапией. Контрольная группа - 20 человек, лечение которых проводилось в соответствии с лечебными стандартами и применением психофармакотерапии.

Методы: оценка уровня тревожности по опроснику Спилбергера-Ханина, шкала Алекситимии (TAS), опросник оценки качества жизни SF-36.

Результаты: Использование когнитивной терапии и когнитивной гипнотерапии в лечении данных больных существенно улучшает динамику всех показателей качества жизни по сравнению с пациентами, получавшими только психофармакотерапию. Достоверно повышаются показатели качества жизни, отражающие психоэмоциональный и физический компоненты здоровья больных и коррелирующие со степенью параллельно снижающимися уровнями реактивной и личностной тревожности и алекситимии. Структура изменений показателей качества жизни до и после проведения психотерапии находится в прямой зависимости от индивидуально-типологических особенностей больных гипертонической болезнью. Использование метода когнитивной психотерапии и когнитивной гипнотерапии в комплексном лечении гипертонической болезни, потенцирует позитивную динамику переживания качества психической жизни и улучшения психоэмоционального состояния, что позволяет сократить восстановительный период и улучшить прогноз больных, при лечении в условиях многопрофильного стационара.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ С РАЗНОЙ ДАВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Л.С. Дронова, О.Д.Пуговкина (Москва)

Различные нарушения в сфере интерперсонального взаимодействия являются одними из основных психологических факторов хронификации депрессии (П.Мак-Каллоу и др.). Изучаются различные аспекты интеперсональной сферы – мотивация общения, социальная сеть и поддержка, когнитивные составляющие (социальные навыки, социальный и эмоциональный интеллект).

Целью настоящего исследования было прояснение роли социального интеллекта в процессе хронификации депрессии. Были обследованы больные депрессивными расстройствами, впервые обратившиеся за помощью (n=11; F32.1, F32.11; давность заболевания не более 1 года), и пациенты, отвечающие критерию хронифицированной депрессии (n=19; F33.1, F33.11, F33.2; средняя давность заболевания 9,8 лет, среднее количество госпитализаций – 4,8). Группу контроля составили 36 здоровых испытуемых. Возраст испытуемых во всех группах составил от 20 до 60 лет.

Для оценки выраженности симптомов депрессии и тревоги использовались шкалы депрессии и тревоги А. Бека. Для оценки уровня социального интеллекта использовал тест «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда.

Результаты исследования свидетельствуют, что по всем показателям (способность предвидеть последствия поведения, способность к логическому обобщению в невербальных реакциях, способность понимать изменение значения вербальных реакций в зависимости от контекста, способность понимать логику развития ситуации и общий балл композитной оценки) уровень социального интеллекта у больных депрессиями значимо ниже ($p<0.05$), чем в группе здоровых испытуемых.

При сравнении групп больных, впервые обратившихся за помощью и пациентов с хронической депрессией различий в показателях социального интеллекта выявлено не было. Это может свидетельствовать о том, что уровень социального интеллекта устойчив, не связан с длительностью заболевания, и скорее играет роль предиспозиционного фактора.

ДИНАМИКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ШКОЛАХ

Евлашкина Н.М. (Москва)

Проблема агрессивного поведения подростков с девиантным поведением актуальна в связи с тем, что имеет широкую распространенность. В настоящее время существуют специальные школы для подростков с девиантным поведением, созданные для реабилитации и социальной адаптации данного контингента. Специалисты, работающие в таких школах, отмечают высокую агрессивность воспитанников. Среди специалистов существуют противоположные мнения о необходимости создания таких школ. Некоторые специалисты поддерживают такие школы, т.е. считают эти школы способными создать развивающую среду и реабилитировать проблемных детей. Часть специалистов считает, что в таких школах дети не развиваются, а происходит нагнетание агрессии, хронификация проблем ребенка. Целью исследования стало изучение динамики агрессивного поведения у подростков с девиантным поведением.

В исследовании принимали участие 52 подростка (24 девушек и 28 юношей), учащихся в Специальной школе для детей с девиантным поведением. Для проведения исследования была выбрана методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (адаптация А. К. Осницкого), которую подростки заполняли один раз в полугодие в течение двух лет. Сравнивались показатели агрессивности до начала обучения и в течение обучения в специальной школе. По результатам лонгитюдного исследования в группе подростков из Специальной школы снизился общий уровень агрессивности (0,004*), уровень физической агрессии (0,000**), и некоторые другие показатели агрессивности. Это указывает на наличие положительной динамики и снижение уровня агрессивности у подростков с девиантным поведением в ходе их обучения в специальной школе. Таким образом, при правильной организации учебно-воспитательного процесса в условиях специальной школы возможна коррекция агрессивного поведения подростков.

ИСТЕРИЯ, ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ – ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИЛИ МОДЕРНИЗАЦИЯ

Б.Е. Егоров (Москва)

И истерия, и психосоматика являются областями психиатрии, которые с трудом поддаются пониманию и лечению без психотерапии. Предпринимаемые попытки психиатров обойтись без психотерапии выглядят достаточно комично и грустно. Психобиосоциальная модель, психореабилитационные мероприятия и т.д. и тому подобное – все это красиво звучит, оглушая аудиторию. Повышение эффективности лечения подразумевает продолжение использования прежних взглядов и методов (психофармакология) для еще лучшего подтверждения тупика современных взглядов в российской психиатрии. К сожалению в эти процессы вмешиваются психологи, которым истерию не преподают, психосоматикой им заниматься особенно не разрешают, но в поисках своей идентичности, психологи пытаются доказать, что они «святее, чем сам Папа Римский». Их используют психиатры в борьбе с психотерапевтами, они поддаются и пытаются доказать, что только они лучше психотерапевтов лечат больных, получается не очень, начинают злиться, вводить административный ресурс и т.д. и т.п. Одним словом все играют против всех, а в результате страдают пациенты. Им- то все равно, какие споры у профессионалов, они хотят и нуждаются в помощи. Психотерапевты пытаются не только помогать пациентам, но и показать те процессы, которые происходят в нашей науке о психике, но, сколько мы не пытаемся объясниться с обеими сторонами, их официальная позиция – конфронтирующая, либо игнорирующая реальность. Поэтому был изъят из употребления, такой феномен как Истерия, в сущности которой, к сожалению, не разбираются ни психиатры, ни психологи, и соответственно они совместно не могут предложить адекватных мер лечения. Все это отражается на проблемах психосоматических расстройств в современной медицине в нелучшую сторону, что является непосильной нагрузкой на российский бюджет.

Автор доклада: Егоров Борис Ефимович – доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования, член Российского общества психиатров, вице-президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, председатель Комитета по этике и защите профессиональных прав ОППЛ.

Моб.тел. 720 -55 -71

Электр. Почта – ethicscomcpr@mail.ru

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ, В РАМКАХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В.В. Ермолаев, М.Ю. Титова (Тамбов)

На протяжении многих десятилетий для России были типичными злоупотребление алкоголем и алкоголизм. Но наряду с этим по темпу роста заболеваемости ведущее место занимает наркомания, в некоторых регионах этот недуг даже принимает характер эпидемии. Внедрение личностного подхода к проблеме алкоголизма и наркомании позволило по-новому взглянуть на возможность выявления и коррекции черт личности, составляющих психологическую готовность к употреблению ПАВ. Предрасположенность к аддиктивному поведению – это личностное образование, детерминирующее готовность к употреблению ПАВ

Программа психосоциальной реабилитации наркологических больных, осуществляемая в диспансерном наркологическом отделении ставит перед собой задачу психологической коррекции личностных черт, определяющих предрасположенность к аддиктивному поведению. В 2010 г. в программе приняли участие 18 человек в возрасте от 20 до 60 лет, 6 (33%) пациентов прошли полный курс психосоциальной реабилитации. Эффективность программы оценивалась по тестам: «Смысло - жизненные ориентации» по Д.А.Леонтьеву; «Шкала оценки потребности в достижениях»; измерения самооценки Дембо-Рубинштейна. По результатам проведенной психокоррекционной работы отмечается, что у пациентов, прошедших полный курс психосоциальной реабилитации увеличился общий показатель осмысленности жизни СЖО S с 99,6 до 111,6; улучшились навыки целеполагания (СЖО S с 32,9 до 39,33); удовлетворенность качеством жизни осталась на прежнем уровне; сформировалась положительная оценка пройденного отрезка жизни (21,83, после коррекции - 25, 83); интернальный локус контроля (по результатам теста СЖО S до коррекции = 29,16, после коррекции = 30,16); сформировалась субъектная позиция по отношению к жизни (СЖО S до коррекции = 26,66, S после коррекции = 29,33); повысилась мотивация к достижениям S до коррекции = 5, S после коррекции = 6,66; сформировалась адекватная самооценка и уровень притязаний (по результатам Методики измерения самооценки Дембо-Рубинштейна до коррекции 83,3% имели противоречивый характер самооценки и уровня притязаний, после коррекции у 33,4% пациентов самооценочный профиль имел адекватный характер.

По итогам групповой психокоррекции отмечается, что среди пациентов, самостоятельно вышедших из программы, повторно обратился по причине срыва 1 (5%) человек; среди пациентов, прошедших полный курс реабилитации, повторных обращений не отмечалось, 2 (11%) из них периодически проходят поддерживающее лечение с целью профилактики срыва.

Ермолаев Виктор Владимирович – заместитель главного врача ОГУЗ «Тамбовская психиатрическая больница».

Титова Мария Юрьевна – медицинский психолог наркологического диспансерного отделения ОГУЗ «Тамбовская психиатрическая больница».

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В ЛЕЧЕНИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

А.Ю. Ермолов, В.С. Володин (Воронеж)

Социально-гигиенический аспект табакокурения изучается весьма интенсивно, тогда как медикопсихологические исследования отстают, и результаты их использования незначительны.

К никотину полностью относится характеристика наркотических веществ, сформулированная отечественными психиатрами в прошлом веке.

Большинство специалистов предпочитают комбинированные способы лечения сигаретной зависимости, включающие психотерапевтическое и медикаментозное воздействие.

В формировании табачной зависимости и становлении клинической картины никотинизма значимую роль играет соматическое состояние и психологические особенности личности. Не может быть эффективных методов лечения табачной зависимости без учета особенностей личности пациента, его психосоциологического состояния и мотивации. Лабильность психики курильщика табака в период становления ремиссии определяет необходимость психологического воздействия.

Разработан и внедрен в практику метод лечения табачной зависимости, который позволяет достичь желаемого результата в короткие сроки путем применения максимально щадящих психотерапевтических и терапевтических приемов с учетом психологических особенностей личности курильщика.

В комплексном лечении используется индивидуальный подход, включающий психологические диагностические методики, устанавливаются особенности темперамента, характера, другие личностные особенности и ценностные ориентации, учитываются этапы формирования зависимости, вегетативные проявления курения, волевые качества, стрессоустойчивость, социальное и семейное окружение. Уделяется внимание развитию аффективной симптоматики, используются методы психокоррекции при лечении табакокурения.

ЛИЧНОСТНО-ЦЕНТРИРОВАННЫЙ ИНТЕГРАТИВНЫЙ ДИАГНОЗ И МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Ю.П.Зинченко, Е.И. Первичко (Москва)

1. Характеризуя современное состояние научного знания в медицине и клинической психологии, специалисты отмечают фокусировку исследовательского интереса на целостном изучении личности, функционирующей в условиях болезни, на решении задач реабилитации и профилактики. Описанные тенденции находят свое выражение во введении в научный обиход категории «Личностно-центрированный интегративный диагноз», что предполагает включение в структуру диагноза информации не только о нарушенном, он и о сохраненном здоровье, с учетом личностных и социальных ценностей и ресурсов пациента, его способности к адаптации и компенсации (Sadler J., et al., 2005; Mezzich J.E., et al., 2005, 2007).

2. Следует отметить, что в обсуждаемом конструкте несомненно присутствуют черты сходства с понятиями «развернутого диагноза» и «функционального диагноза», традиционными для отечественной клинической школы (С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, В.А. Гиляровский, В.М. Воловик и др.)

3. Подобные диагностические модели в медицине, в отличие от классической модели нозологического диагноза, предполагают необходимость учета таких психологических феноменов, как «Внутренняя картина болезни», «Образ Я», механизмы психологической защиты и стратегии совладания. Инструментом психологической диагностики, позволяющей системно исследовать сложные клинико-психологические феномены, является синдромный анализ. Известно, что методология синдромного анализа позволяет структурно и генетически анализировать клинико-психологические феномены, определять психологические факторы и механизмы их функционирования, обеспечивать психологическую интерпретацию клинической феноменологии и, тем самым, давать необходимую информацию для постановки «развернутого диагноза».

4. Разработка концептуальной модели «Личностно-центрированной интегративной диагностики» будет способствовать созданию психологически обоснованных моделей реабилитации и профилактики.

5. Конструкт «Личностно-центрированного интегративного диагноза» априори предполагает признание активной социальной позиции больного, его участие в принятии решения о выборе стратегии лечения и реабилитации, что, предположительно, будет способствовать повышению комплаентности больных.

ТЕХНОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ПЛОДА И НАРУШЕНИЙ НЕЙРОРАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В РОССИИ

Балашова Т.Н., Волкова Е.Н., Исурина Г.Л., Цветкова Л.А.
(Санкт-Петербург)

Употребление алкоголя женщинами в период беременности является не только причиной нарушения ее нормального течения, но и возникновения патологических состояний у ребенка на самых ранних этапах его развития. В настоящее время воздействие алкоголя на плод рассматривается в качестве одной из основных причин врожденных дефектов, олигофрении и нарушений развития у детей. Развернутая клиническая картина, возникающая у плода вследствие внутриутробного воздействия алкоголя, получила название Фетального алкогольного синдрома - ФАС (Fetal Alcohol Syndrome FAS). Это заболевание является неизлечимым, однако его можно полностью предотвратить, если избегать употребления алкоголя во время беременности. В связи с высоким уровнем потребления алкоголя разработка программы профилактики ФАС в России является высоко социально значимой.

Основные этапы разработки и тестирования профилактической программы включали: 1) изучение установок в отношении употребления алкоголя во время беременности, уровня реального употребления алкоголя женщинами детородного возраста и беременными, наличия знаний о негативном воздействии алкоголя на плод и будущего ребенка, знаний о ФАС, изучение факторов, влияющих на сокращение или прекращение употребления алкоголя (800 женщин детородного возраста и 200 врачей - гинекологов и педиатров); 2) разработку обучающих материалов по ФАС для врачей и информационных материалов по проблеме ФАС для женщин и их тестирование (240 врачей и 420 женщин); 3) разработку краткосрочного вмешательства, адаптированного к условиям работы врача-гинеколога в системе здравоохранения, и его тестирование (700 женщин). Результаты исследования свидетельствуют об эффективности разработанной профилактической программы.

Работа выполнена при поддержке Международного Центра Фогарти Национальных Институтов Здоровья США (исследовательские гранты R21 TW006745-01 и R01AA016234-01A1) и Национального центра по врожденным дефектам и инвалидностям детства (NCBDDD) Центров по контролю за заболеваниями и профилактике и Ассоциацией Университетских центров по ограниченным возможностям (AUCD) (исследовательские гранты RTOI 2005-999-01 и RTOI 2007-999-02) Б. Боннер и Т. Балашовой, Медицинский Центр Университета Оклахомы.

Исследовательская группа профилактики ФАС: Сотрудничество между Медицинским Центром Университета Оклахомы, Санкт-Петербургским Государственным Университетом и Нижегородским Государственным Педагогическим Университетом.

СУИЦИДАЛЬНАЯ ИДЕАЦИЯ И ЛИЧНОСТНАЯ САМОРЕФЛЕКСИЯ

О.Э. Калашникова (Москва)

Результаты наших исследований говорят о том, что динамика суицидального поведения зависит не столько от внешних и внутренних суицидальных факторов, сколько от личностных ресурсов, которые придают смысл происходящему и способных противостоять суицидальным импульсам.

В превенции самоубийств фактором риска считается суицидальная идеация. Мы рассматриваем такое желание как индикатор конструктивной внутренней «работы суицида» по формированию рефлексивного отношения к возможности лишения себя жизни. Итогом должно стать обретение отрицающей личностной позиции по отношению к возможной смерти.

Ярлык психической патологии, прикрепляемый ко всему, связанному самоубийством, мешает человеку лучше понять себя при возникновении серьезных проблем. Размышления людей в кризисных ситуациях о конечности жизни, о смерти и самоубийстве считаются недостойными, пугают и избегаются большинством людей. Отрицание “нормальной реакции на ненормальные обстоятельства” приводит к временному и мнимому благополучию, “до тех пор, пока мы не можем выбрать смерть, мы не можем выбрать и жизнь”. Встреча со своими суицидальными мыслями не повышает вероятность суицидальных действий, а напротив, помогает человеку понять свое действительное отношение к ситуации и справиться с ней.

В купировании суицида медикаментозная терапия недостаточна. Из всех психотерапевтических подходов открыто обсуждать возможность выбора смерти и поиска смысла жизни готова лишь экзистенциальная психотерапия, считающая, что патологические состояния возникают у людей из-за конфликтного столкновения с «данностями» человеческого существования. Такой подход лишен изощренных техник – здесь исцеляет особый тип отношений между психотерапевтом и человеком, думающем о смерти – отношение не как к пациенту, а как к субъекту, способному с небольшой помощью решить все свои проблемы. Акцент на формирование рефлексивной позиции по отношению к собственной смерти вводит совершенно новый принцип личностной регуляции и детерминации.

О СЕГОДНЯШНЕМ РЕАЛИСТИЧЕСКОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ТЕАТРЕ-СООБЩЕСТВЕ

И.Ю. Калмыкова (Москва)

Реалистический психотерапевтический театр-сообщество есть частица российской терапии творческим самовыражением Бурно (ТТСБ). Как и вся ТТС, данный метод существенно помогает разнообразным в широком смысле психиатрическим, тревожно-депрессивным пациентам с дефензивными (психастеническими, психастеноподобными) расстройствами. Сегодня, однако, особенно в бюджетной психиатрической психотерапии, всё больше эндогенно-процессуальных душевно милых, глубоко разлаженных пациентов с дефектом, без отчётливой дефензивности, что серьёзно нарушило картину, дух прежнего нашего театра. Остаётся и этих пациентов побуждать исполнительским творчеством чувствовать себя более собою и, благодаря этому, становиться живее, одухотворённее своим духом. Словом, побуждать пациентов открывать в себе душевные, духовные свои богатства. Побуждать учиться в естественной игре вести себя так, чтобы быть живее, чтобы легче было ладить со здоровыми и друг с другом. Это по-своему получается. Пациенты тянутся к такой терапии, оживают, смелеют, раскрываются душевно.

ПРАКТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОТДАЛЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Н.В. Каташинский, Е.Ю. Соколов (Москва)

Чем дольше и чаще военнослужащие сталкиваются с ситуациями, опасными для жизни, тем чаще и тяжелее в отдаленном периоде у них возникают разнообразные осложнения. 62% участников боевых действий в Чечне испытывали предельные психические нагрузки, 92% - перед началом боевых действий испытывали напряженность различной тяжести, 80% солдат и 60% офицеров перенесли стрессовые ситуации, затруднявшие эффективность их действий. В психологической реабилитации нуждается более 13000 военнослужащих МВД РФ, и около 26000 ветеранов боевых действий, 25% из них необходимы длительные реабилитационные мероприятия.

С целью предупреждения постстрессовых осложнений у действующих ветеранов и будущих участников горячих точек нами с ними проводятся практические занятия с обучением различных психотерапевтических мероприятий. С их помощью каждый получает навыки грамотного умения расслаблять мышечную систему своего организма в разных ситуациях (в мирное время, перед боем, во время столкновения с противником, после завершения задания), при разных адекватных аффектах (эмоциональное спокойствие или напряжение, тревога, волнение, страх, депрессия, физическое истощение, неуверенность и др.). Умение самостоятельно предотвращать, нейтрализовывать эмоциональное напряжение в предбоевой, боевой обстановке через релаксирующее мышечное состояние организма способствует увеличению длительности высокой концентрации внимания бойцу, повышению работоспособности, сопротивляемости организма к психогениям, уверенности в опасных ситуациях. К бойцам, в первую очередь к **командирам** подразделений, предъявляются требования для закрепления материала, чтобы они обучались методам саморегуляции не только в присутствие врача психиатра-психотерапевта, но и выполняли мероприятия **самостоятельно** регулярно, в том числе, и в самых некомфортных условиях.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ В УСЛОВИЯХ КРЫТОГО БАССЕЙНА

И.С. Корявко, Е.Ю. Соколов, С.В. Кузьмин С.В. (Москва)

За два года (2009-2010 г.) с целью психической, социальной, соматической реабилитации у больных алкоголизмом психотерапевтические мероприятия проводились в условиях крытого бассейна «Серебряные акулы» г. Москвы.

Участвовало 44 больных с алкогольной зависимостью. Из них 29 женщин и 15 мужчин. С целью улучшения психотерапевтического эффекта (позитивно-индуцированное воздействие как на осознанном так и на подсознательном уровнях) сюда же вошли и 7 психически здоровых родственников-созависимых больных -4 женщины и 3 мужчин. Возраст больных составил 25-76 лет.

Алкогольная зависимость у ряда участников сочеталась с разными соматическими расстройствами. В преморбиде выявлены гипертимность, гиперактивность, стеничность, упрямство, целеустремленность, тревожно-мнительные, психоастенические проявления, сензитивность, шизоидность, истероидность. 23 человека поступили к психотерапевту из дневного стационара, 14 – направлены участковыми психиатрами-наркологами диспансера.

Занятия проводились один раз в неделю в течение 45 мин. и носили кратковременный характер в силу ограниченности во времени их проведения. Открытая группа состояла из 2-5 человек. В воде мелкой части бассейна, участники по указанию врача, в вертикальной позе, выполняют поочередно, последовательно упражнения релаксационно-суггестивного характера, с использованием дыхания по методике цигун, аутогенной тренировки по Джекобсону, Мюллеру-Хагеманну, седативного, стимулирующего дыхания, реализуют телесно- релаксационные образы. У каждого участника в процессе проводимого сеанса отмечаются объективная и субъективная положительная динамика в психо-соматическом состоянии.

Психотерапевтические методы в сочетании с водной средой – мощным энергетическим ресурсом, создают благоприятную почву для организма находить в себе и использовать с целью реабилитации собственные глубокие резервные возможности.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Краля А.А. (Москва)

В настоящее время тревожные расстройства относятся к числу наиболее часто встречаемых психических расстройств. По данным Kessler с соавт. (2006) их распространенность в популяции составляет 3,7-5,1%, а панических расстройств (ПР) в пределах 4,7%. При этом хроническое течение ПР сопровождается выраженной дезадаптацией и приводит к стойкому снижению уровня социальной деятельности (Wittchen, Beloch, 1996).

Важно отметить, что лишь незначительная часть пациентов с ПР получает адекватное лечение. Taylor и соавторы (1989), проанализировав истории лечения 800 пациентов с ПР, пришли к выводу, что лишь 15% из них получали адекватное фармакологическое и психотерапевтическое лечение.

На основании обобщения публикаций за последние 20 лет Foldes-Busque G. с соавторами (2007) пришли к выводу, что терапией выбора для панического расстройства с или без агорафобии является когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ).

Наш опыт работы с данной группой пациентов показал, что предпочтительной является комбинация различных модальностей психотерапии. КПТ важна на начальном этапе психотерапии, когда пациенту объясняются принципы контроля над своим состоянием и основы саморегуляции. Полезным является применение гипноза, что позволяет достигнуть комплаенса с пациентом (пациент на первых же сеансах испытывает облегчение состояния), снизить уровень тревожности, а также снизить дозировку или заменить прием транквилизаторов при панических расстройствах легкой и средней степени выраженности. Наиболее эффективным является применение методик экзистенциальной психотерапии, которые позволяют решить невротический конфликт, выйти на новый уровень осознания проблемы, а также способствуют личностному и духовному развитию пациента.

ПСИХОДИАГНОСТИКА СКРЫТОЙ МОТИВАЦИИ ЛИЧНОСТИ СУИЦИДЕНТОВ КАК ВАЛИДНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

И.А. Кудрявцев, Е.Э. Декало (Москва, Пенза)

На базе Пензенской ОПБ проведено исследование с целью выявления скрытых мыслительных и поведенческих маркеров суицидального риска. Основная концепция (гипотеза) исследования: аутоагрессивное поведение обусловливается наличием системы иррациональной аутичной переработки информации с опорой на объективно незначимые концепты ситуации. Личностно-аномальные маркеры пресуицида и постсуицида функционально не различаются.

При проведении обследования было разработано полуструктурированное интервью, особое внимание уделено смысловым аспектам отношения суицидента к аутоагрессивным актам и намерениям. В рамках этого подхода концептом смысловой системы определено отношение к психотравмирующему событию. С целью его содержатедьного раскрытия применялись диагностика скрытой мотивации Л. Сонди, метод цветовых выборов М. Люшера; шкалы депрессии и тревоги A. Beck. Для обработки данных использовались статистические методы пакета прикладных программ «R-system».

Были исследованы 2 группы респондентов. Группа пресуицида состояла из 17 лиц с мыслями о самоубийстве, потребовавшими стационирования в ОПБ. Группа постсуицида была сформирована из лиц с незавершенными суицидальными попытками. При сравнении групп обнаружены, значимые различия по показателям «отсроченность психотравмирующего события», «смысловое осознание суицидальной тенденции», что позволили выделить, характерологически обосновать и дифференцировать состояния интринсивной аутоагрессии и экстринсивной аутоагрессии. В первой группе отмечалось преобладание смыслового значения аутоагрессии как реакции призыва; истощение ресурсов флексибильной системы реализации потребностей; в основе внутренней аутоагрессии — ригидная система «блокировки» в ситуациях фрустрации. Респондентам группы постсуицида были присущи снижение склонности к анализу, самоанализу; значимое преобладание по показателю «разряженное напряжение как следствие влияния психотравмы»; повышенная зависимость от мнения значимого лица; активный механизм торможения влечений личности, базирующихся на эмоциях интереса и развития. Получены результаты, которые позволяют говорить об однородности нарушений в обеих подгруппах в функционально-поведенческом контексте.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ЗВЕНО В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ю.Г. Манучарян, Л.К. Хохлов (Ярославль)

В Ярославской области психотерапевтическая служба сложилась преимущественно в структуре соматических лечебно-профилактических учреждений. Обращаемость к психотерапевтам возрастает. Как правило – это пациенты, имеющие одновременно и соматические, и психиатрические проблемы. Большинство больных направляются врачами-интернистами. Больные с соматогенными, органическими психическими расстройствами (20,7%) обычно нуждаются в дальнейшем сомато-неврологическом обследовании, что удобно в условиях соматического лечебного учреждения. 42,1% - больные неврозами, другими психогениями. У половины из них также выявляются соматические нарушения: истинные соматические заболевания, соматоформные расстройства. 16,3% - больные депрессивными расстройствами. У этих больных уровень сомато-вегетативных нарушений также высокий. При совместной работе (обследование, комплексное лечение) психотерапевтов и интернистов может уточняться и корректироваться диагноз соматоформного или истинного соматического заболевания, выявляться переход функциональных сомато-вегетативных нарушений в органическую соматическую патологию. Большая (15,5%) группа лиц обращается по существу в состоянии предболезни (проблемы, связанные с определенными психосоциальными обстоятельствами). Небольшая доля больных нуждается в совместном ведении с психиатрической и наркологической службами - это расстройства личности, болезни зависимости, психические расстройства шизофренического спектра, тяжелые аффективные расстройства. При необходимости пациенты направляются для дальнейшего лечения к участковым психиатрам. Таким образом, психотерапевтические подразделения интегрируются в работу медицинской службы области.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМЫ ГЛУБИННЫХ СТРУКТУР МОЗГА

З.А. Меликян, О.С. Зайцев, Ю.В. Микадзе, А.А. Потапов (Москва)

Проблема. Повреждение глубинных мозговых структур зачастую приводит к выраженным когнитивным нарушениям, влияющим на качество жизни больного. Качественная диагностика этих нарушений позволит разработать коррекционные мероприятия для адаптации пострадавших.

Испытуемые и методы исследования. 24 больных с повреждениями глубинных мозговых структур (11 женщин, 13 мужчин), возраст 16-52 года. Больные прошли лурievское нейропсихологическое обследование с количественной оценкой результатов спустя разные сроки после травмы.

Результаты.

- В большинстве случаев больные доступны развернутому нейропсихологическому обследованию спустя 2-7 месяцев после травмы.
- Наиболее часто встречались нарушения слухоречевой и зрительной памяти, кинетической организации движений и действий, зрительно-пространственных и квазипространственных функций.
- Уровень восстановления когнитивных функций был неоднородным: 4 больных приблизились к преморбидному уровню функционирования; еще 11 - все еще находятся в процессе восстановления, хотя функционируют независимо; 9 - нуждаются в посторонней помощи.
- Чем больше времени прошло с момента травмы, тем менее выражены нарушения в сфере кинестетической, кинестетической организации, квазипространственных функций, слухового восприятия.
- Корреляционный анализ показал, что чем более глубокой и длительной была пережитая больными кома, тем грубее были нарушены управляющие (executive) функции. Выявлена достоверная связь тяжести исхода (по Шкале Глазго) с состоянием управляющих и пространственных функций и тяжестью когнитивных нарушений в целом.

Выводы. Исследование показало адекватность и необходимость нейропсихологической диагностики у данной группы больных, позволило выявить неоднородность когнитивных нарушений, что позволит индивидуализировать коррекцию.

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

И.В.Никитина, А.Б.Холмогорова, В.В.Краснова (Москва)

Современные эпидемиологические исследования свидетельствуют о росте социальной тревожности, как в общей популяции, так и в клинических группах. При том, что высокий уровень социальной тревожности является основным симптомом такого расстройства как «социальная фобия», он не ограничивается лишь данной диагностической категорией. Так, исследования показали, что высокий уровень социальной тревожности связан с широким кругом расстройств (депрессией, личностной патологией). Таким образом, представляется актуальным исследование различий в структуре и уровне социальной тревожности у пациентов с расстройствами аффективного спектра.

Для исследования было отобрано 46 пациентов с расстройствами аффективного спектра и сформированы 3 группы пациентов: 1) с депрессивным расстройством; 2) с социальной фобией; 3) с паническим расстройством. Группы сравнивались по показателям шкалы социального избегания и дистресса (Social avoidance and distress scale, Watson, Friend), измеряющей склонность к избеганию и тревожности в межличностных ситуациях.

Значимых различий в уровне социальной тревожности между группами с депрессивным расстройством, социальной фобией и паническим расстройством не обнаружено. Полученные данные могут свидетельствовать в пользу унитарной концепции тревожных и депрессивных расстройств. Вместе с тем, они могут объясняться ограничениями нашего исследования: незначительностью выборки и несовершенством измерительного инструмента. В рамках дальнейших исследований планируется увеличение выборки и использование большего числа методик, направленных на измерение социальной тревожности, прежде всего ее когнитивного элемента - страха негативной оценки.

ДИНАМИКА «КИНЕТИЧЕСКОЙ МЕЛОДИИ» БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ С ПОЗИЦИЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ

Н.Ю. Оганесян (Санкт-Петербург)

«Кинетическая мелодия» на начальных стадиях формирования состоит из серии замкнутых импульсов. С развитием моторных функций в танцевальной психотерапии индивидуальные импульсы синтезируются с интегральными кинестетическими структурами, или «кинетической мелодией». «Кинетическая мелодия» движений, как моторный акт, по мнению А.Р. Лурия, обладает качествами высочайшей саморегуляции. Психика не только детерминирует движение, но и сама проявляется в двигательных реакциях. Психические нарушения больных шизофренией – моторики, внимания, восприятия, эмоций и т.д. являются психомоторными. **Цель исследования** – теоретическое обоснование особенностей влияния разработанного курса танцевальной психотерапии на психомоторику больных шизофренией сквозь призму нейропсихологии. **Объект исследования** - 300 больных параноидной шизофренией с дефицитарными расстройствами проходящих лечение в стационаре и получающих танцевальную психотерапию – 10 сессий 2 раза в неделю. Из них 76% - F20.00 по (МКБ -10) галлюцинаторно-параноидный синдром и F20.01 аффективно-параноидный синдром- 24%; и 40 пациентов с таким же диагнозом F20.00 по (МКБ -10), получающих танцевальную психотерапию при диспансерном наблюдении. Все инвалиды II группы, среднее количество госпитализаций 7.Средний возраст 38 лет. Одной из главных техник танцевальной психотерапии является работа с координацией движений, включающая смену «кинетических мелодий» с опосредованной тренировкой концентрации внимания на движениях и пространственной ориентации, что позволяет обходить поражённые участки мозга и приводит к замещению другими сигналами более здоровых участков мозга. Таким образом, при увеличении пространства и силы движений в танце повышается коммуникативная активация больных шизофренией, что позволяет провести их более быструю ресоциализацию.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СИМВОЛДРАМЫ В РАМКАХ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ

И.Е. Пащенко, М.В. Хандога, Д.Н. Коломиец (Краснодар)

Нами, с целью психореабилитации и улучшения реадаптации, в условиях психиатрического мужского отделения, успешно используется методика символдрамы в течении более 3-х лет. Отбираются больные как с эндогенной, так и с экзогенной патологией, в том числе имеющие инвалидность 2, 3 гр., с мотивацией на выздоровление, сохранными критическими способностями вне стадии обострения, в возрасте до 65лет.

Психотерапия проходила в виде индивидуальной, а также групповой, 2 раза в неделю. Индивидуальной работой было охвачено 172 человека, 846 больных занимались в группе. При индивидуальной работе использовались все мотивы 1-ой ступени, а также некоторые ресурсные. После сеанса у 98% больных улучшался фон настроения, появлялось желание общаться, продолжать терапию. Многие отмечали “свежие силы”, “ясность в голове”, настрой на лечение и соблюдения режима, с 3-4 сеанса начинали думать о семье, о жизни, улучшался сон. Больные стали более контактными, появился интерес к другим реабилитационным программам, около 12% больных сократили курение или отказались от него (4%). К 8-10 занятию у 18% больных появились жизненные планы, желание их реализовывать. 3-4% из этой группы продолжали посещать психотерапевта и после выписки из стационара. 7 больных из этой группы женились, 4- сохранили семью, у 3-х родились дети, 21% устроились на работу, стали заниматься бизнесом, домашним хозяйством.

Более скромные результаты наблюдались при групповой психотерапии. Однако и у этих пациентов также наблюдалось улучшение в плане общения, поведения, установок на лечение, появлялась доброжелательность и оживлялись чувства к родным.

Психотерапия влияла на основные показатели работы отделения, у 42% – снизился показатель регоспитализации и увеличилась продолжительность ремиссии основного заболевания.

Метод символдрамы может использоваться в условиях психиатрических отделений в рамках психореабилитации.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СИМПТОМООБРАЗОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Первичко Е.И., Ковязина М.С., Будкевич Л.И., Казбеков М.И. (Москва)

Целью данного исследования было изучение связи особенностей самоотношения и эмоционального опыта подростков с ожогами с показателями успешности их лечения и восстановления. Использовались методы психологической и медицинской диагностики, релевантные задачам исследования, а также методы статистической обработки данных.

В исследовании приняли участие 120 подростков с ожоговой травмой, 11-15 лет, проходившие стационарное и амбулаторное лечение в Ожоговом центре при ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы.

Основные результаты.

1. У подавляющего большинства обследованных подростков выявлен высокий уровень тревожности, как непосредственно после перенесенного ожога, так и на отдаленных этапах после травмы. С течением времени у 25% подростков появляются депрессивные и ипохондрические переживания, в ряде случаев достигающие клинического уровня, а также признаки выраженной социальной дезадаптации. И во время нахождения в стационаре, и после выписки у всех подростков ярко выражена потребность в получении эмоциональной поддержки.

2. У 80% подростков на этапе стационарного лечении и в 60% случаев на отдаленных этапах восстановительного процесса отмечаются признаки искажения «Образа Я»: одновременно сосуществуют показатели выраженно негативного восприятия пораженных частей тела, наряду с позитивным самопринятием в целом; обожженным частям тела ставятся в соответствие цвета из яркой части цветового спектра в Цветовом тесте отношений, предварительно соотнесенные с положительными эмоциями. Указанные особенности в большей степени свойственны подросткам с тяжелыми ожогами и выраженным косметическим дефектом.

3. Выявленная совокупность особенностей эмоционального опыта и «Образа Я» подростков отражает наличие спонтанной компенсаторной активности, направленной на совладание с объективно тяжелой ситуацией ожоговой травмы. Показано, что при наличии признаков искажения «Образа Я» способность к социальной адаптации у подростков с ожогами снижена.

Полученные результаты убедительно доказывают необходимость включения психологической диагностики и психологически обоснованной системы реабилитационных мероприятий в общую систему лечебно-восстановительной работы с детьми и подростками с ожоговой травмой.

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ИСКУССТВО

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова, В.Б. Гурвич (Москва)

Являясь научной медицинской дисциплиной, психотерапия в то же время содержит в себе много элементов искусства врачевания. Важным аргументом в пользу признания психотерапии искусством служит феномен эмпатии, лежащий в основе психотерапевтического контакта и определяющий в значительной степени её эффективность. Психотерапевт, как и художник или писатель должен обладать способностью соучастия, личностного вхождения в конкретную жизненную ситуацию, полную драматизма и сложных переживаний. Эмпатии принадлежит ключевая роль в клиент-центрированной терапии К. Роджерса и других видов экзистенциально-гуманистической психотерапии. Другим аргументом в пользу признания психотерапии не только наукой, но и искусством является феномен инсайта, который возникает и у психотерапевта, и у пациента. Ещё одним феноменом, сближающим психотерапию и искусство, является катарсис, который представляет собой не только психотерапевтическое явление, например в психодраме, методах арттерапии, но и эстетическую реакцию, оказывающую мощное воздействие на личность. В психотерапии, как в искусстве, важная роль принадлежит интуиции, рефлексии и пониманию, а так же импровизации, интерпретации, образному воображению и фантазии. В психоаналитической психотерапии основным методом является интерпретация проявлений бессознательного на основе герменевтической методологии истолкования художественных и исторических текстов, мифов. Экзистенциально-гуманистические виды психотерапии во многом опираются на вчувствование и интуицию, которые характерны для методологии искусства.

Громадный опыт психотерапевтов во всём мире свидетельствуют о том, что психотерапию нельзя полностью свести к точным наукам. Её успешность определяется творческим индивидуализированным подходом к личности больного на основе глубокого эмпатического её понимания. Союз науки и искусства в психотерапии является необходимым и закономерным.

ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА МЕТОДОМ ГРУППОВОЙ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Потапова В.А. (Москва)

Шизотипическое расстройство – распространенный диагноз в популяции больных шизофренией и оказывает существенное влияние на структуру пограничных психических расстройств. Данная патология приводит к снижению социального функционирования больных, в некоторых случаях требует многочисленных госпитализаций в психиатрический стационар. Но, выйдя из стационара, больные продолжают страдать от социальной дезадаптации, сниженной социальной продуктивности и самооценки, от нерешенных, преимущественно личностно обусловленных проблем и переживаний.

Мы разработали краткосрочный вариант групповой полимодальной психотерапии с целью улучшения субъективного самочувствия пациентов, также их социальной активации, повышения самооценки, социальной уверенности, тренировки способности к общению и коррекции нарушений общения. Психотерапевтическая группа создает благоприятную, защищенную обстановку, где больной может говорить о том, что его беспокоит. Он учится выражать свои чувства, узнавать от других участников группы, как он выглядит со стороны, какое впечатление производит на окружающих. Пациент получает представление о том, какую меру ответственности он должен нести за собственную жизнь вне зависимости от получаемой от окружающих поддержки. Динамика поведения больных в группе – это индикатор повышения адаптивности их социального функционирования.

Понятно, что хроническое психическое заболевание полностью не излечивается, но острота тревоги, напряжения значительно снижается. Это близко известному понятию *recoveri*: “личностно-социальное восстановление, возникающее на определённом этапе, несмотря на ещё продолжающийся шизофренический процесс с обретением нового смысла и жизненных ценностей” (И.Я. Гурович (2009).

ДИСФУНКЦИИ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И СКЛОННОСТЬ К АЛКОГОЛИЗАЦИИ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ

О.Д.Пуговкина, А.В.Попинако (Москва)

Одним из наиболее распространенных осложнений при депрессиях считается злоупотребление алкоголем. Доказана высокая коморбидность алкоголизма и депрессивных расстройств, на неклиническом уровне – высокая корреляция симптомов эмоционального неблагополучия и употребления алкоголя как способа совладающего поведения.

Клинические особенности алкоголизма, как вторичного явления по отношению к эндогенным расстройствам настроения, были подробно изучены в психиатрии. Исследователи отмечают, что алкоголизм, как правило, сопровождает неглубокую депрессию, при углублении же аффективного нарушения часто употребление спиртного прекращается. Описана связь преобладающего аффекта (тоски или тревоги) с ростом/снижением толерантности к алкоголю, а также связь динамики развития алкоголизма с динамикой аффективного расстройства.

С другой стороны, феноменология и клинические особенности депрессивных расстройств в клинике алкоголизма также глубоко изучались – депрессивные проявления рассматриваются в качестве этиологического фактора, либо входят в структуру абстинентного синдрома, либо возникают на этапе формирования ремиссии. Известно также, что по глубине депрессии у больных алкоголизмом не доходят до развёрнутых депрессивных синдромов, они неустойчивы, полиморфны, нецелостны.

Нам не удалось в отечественной клинической психологии обнаружить комплексных психологических исследований факторов риска алкоголизации на фоне депрессивных расстройств, а также данных относительно роли интерперсональных факторов в возникновении алкоголизации при депрессии.

Между тем, одним из важнейших факторов депрессии являются дисфункции интерперсональной сферы – сужение круга общения, снижение качества социальной поддержки и др. Алкоголь может выступать в качестве универсального фасилитатора общения, снижать чувство социальной неуверенности, восполнять имеющиеся дефициты интерперсональных компетенций (Мучник Ю.Л., Прусс М.С., 2003). С другой стороны, одним из основных мотивов алкоголизации при депрессии является более или менее осознаваемое стремление облегчить субъективно тяжелое состояние, и алкоголь может использоваться больными для прямого облегчения состояния, вне связи с ситуациями межличностного общения (Гофман А.Г., Ойфе И.А., 2003).

В связи с этим представляется актуальным изучение связи дисфункций интерперсональной сферы и склонности к алкоголизации у больных депрессиями.

ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

О.В. Рычкова (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 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), Шкала для оценки нейрокогнитивного дефицита (Филатова Т.В.), PANSS, «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (Гурович И.А., Шмуклер А.Б.), Шкалы депрессии и тревоги (А. Бек), др. 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.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Радионова М.С., Салтанова И.В. (Москва)

В современном обществе на фоне веяний моды и ужесточения требований к внешнему виду, а также увеличения нервно-психической заболеваемости среди населения расстройства пищевого поведения набирают частоту. Изучение факторов риска расстройств пищевого поведения является крайне важным: располагая такими данными возможно при помощи своевременных профилактических, просветительских и коррекционных мер предотвратить их возникновение. **Целью** проведенного исследования было выявление индивидуально-личностных факторов риска расстройств пищевого поведения. Были использованы **методики:** Методика исследования самоотношения (МИС), Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ); Тест отношения к еде (EAT-26); Самооценка психических состояний Г. Айзенка; Уровень субъективного контроля (УСК). Обработка данных осуществлялась при помощи программы SPSS 18.0. Выборку составили 95 девушек в возрасте от 17 до 25 лет, учащиеся и работающие в Москве, не имеющих клинического диагноза расстройства пищевого поведения. Из общей выборки было сформировано 2 группы на основании результатов методики EAT-26: группа риска возникновения расстройств пищевого поведения и группа нормы. Затем вся выборка была разделена на 3 группы на основании методики DEBQ: девушки с преобладанием ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения.

Результаты показали, что наиболее опасным для возникновения расстройств пищевого поведения является ограничительное пищевое поведение, в то время как проявления экстернальности в питании данный риск уменьшают. Высокая интернальность в сочетании с высоким саморуководством могут выступать факторами риска возникновения расстройств пищевого поведения при условии смещения локуса контроля с различных сфер жизни на сферу пищевого поведения. Для группы риска расстройств пищевого поведения характерны: пониженная самоценность и самопринятие, повышенное самообвинение, психическая ригидность, тревожность и фрустрированность.

ОТДАЛЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СОТРУДНИКОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Е.Ю. Соколов, Е.В. Жовнерчук (Москва)

Военнослужащие, принимавшие участие в боевых действиях - лица с повышенным риском развития психогенных нарушений. Опыт боевых действий свидетельствует, что войска имеют физические и психологические потери в связи с получением боевых психических травм. 62% участников боев в Чечне испытывали предельные психические нагрузки, 92%-напряженность различной тяжести, 80% перенесли стрессовые ситуации, затруднявшие эффективность их действий. В психотерапевтической в сочетании с психиатрической помощью нуждается более 13000 военнослужащих, проходящих службу в МВД РФ, около 26000 ветеранов боевых действий, 25% из которых необходимы длительные реабилитационные мероприятия. У ветеранов чеченской войны отдаленные последствия психогений характеризуются невротическими реакциями, неврозами, психопатоподобным поведением, депрессивно-тревожными состояниями, суицидальными тенденциями, манифестированием в отдаленных периодах и эндогенных заболеваний. От 54 до 108000 ветеранов в разное время покончили с собой, а от 35 до 45000 ведут почти аутистический образ жизни. Из 500 хорватских солдат с выраженными стрессовыми реакциями 95% не имели до войны психических расстройств.

Нами с целью предупреждения ПТСР у сотрудников органов внутренних дел проводятся учебные практические мероприятия на снятие эмоционального напряжения в ЧС.

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ КАК НОВАЯ АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ИССЛЕДОВАНИЙ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Спиркина Т.С., Радионова М.С., Ялтонский В.М. (Белгород)

В связи с активным развитием компьютерных технологий, а также их всеобщей доступностью, стала актуальной проблема интернет-зависимости. За рубежом изучением данного вопроса занялись еще в начале 90-х годов, вместе с тем, для России эта область исследований является мало освоенной. Несмотря на то, что диагностические критерии данного расстройства соответствуют критериям DSM-IV для нехимических зависимостей, на сегодняшний день зависимость от Интернета не является самостоятельным заболеванием и определяется специалистами как феномен. Цель данного исследования – изучить личностные особенности пользователей Сети, склонных к интернет-зависимости. Было опрошено 463 пользователей сети Интернет, из них 36,1% (167 человек) - мужчины, 63,9% (296 человек) - женщины. Средний возраст составил 24,1 года. Методики: тест на интернет-зависимость К. Янг; Многофакторный личностный опросник (16FL-опросник) Р.Б. Кеттелла; Индивидуально-типологический опросник (ИТО) Л.Н. Собчик; методика оценки способов копинг-поведения «WCQ» Р.С. Лазаруса, С. Фолкмана. Показатели по тесту на «интернет-зависимость» К. Янг выявили следующие группы испытуемых: 86,8% (402 человека) – не склонные к зависимости, 13,2% (61 человек) – склонные к зависимости, 0% (0 человек) – зависимые. Для исследования связи между интернет-зависимостью и личностными особенностями пользователей Сети был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена, с помощью которого были получены значимые связи между интернет-зависимостью и шкалами С («эмоциональная неустойчивость - эмоциональная устойчивость») ($r=-0,276$, $p<0,01$), G («низкая нормативность поведения - высокая нормативность поведения») ($r=-0,231$, $p<0,01$), H («робость - смелость») ($r=-0,197$, $p<0,01$), O («спокойствие - тревожность») ($r=0,251$, $p<0,01$), Q3 («низкий самоконтроль - высокий самоконтроль») ($r=-0,278$, $p<0,01$), Q4 («расслабленность - напряженность») ($r=0,275$, $p<0,01$), F1 («тревога») ($r=0,327$, $p<0,01$), F2 («интроверсия - экстраверсия») ($r=-0,144$, $p<0,01$), F3 («чувствительность») ($r=-0,102$, $p<0,05$) Многофакторного личностного опросника Р.Б. Кеттелла; шкалами «ложь» ($r=-0,142$, $p<0,01$), «аггравация» ($r=0,188$, $p<0,01$), «спонтанность» ($r=-0,175$, $p<0,01$), «ригидность» ($r=-0,132$, $p<0,01$), «интроверсия» ($r=0,204$, $p<0,01$) и «тревожность» ($r=0,193$, $p<0,01$) Индивидуально-типологического опросника Л.Н. Собчик и шкалами «конфронтационный копинг» ($r=0,128$, $p<0,01$), «принятие ответственности» ($r=0,125$, $p<0,01$), «бегство-избегание» ($r=0,304$, $p<0,01$) и «планирование решения проблем» ($r=-0,134$, $p<0,01$) копинг-опросника «WCQ» Р.С. Лазаруса, С. Фолкмана. Полученные результаты позволяют приблизиться к пониманию феномена интернет-зависимости и могут быть полезны психологам для предупреждения возникновения зависимости от Интернета у «обычных» пользователей Сети, а также в психотерапевтической и коррекционной работе с уже сформированными аддиктами.

ИНТЕРНЕТ-ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ПСИХОГЕННЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, ПЕРВЕРСИЙ, ГОМОСЕКСУАЛИЗМА, ТРАНССЕКСУАЛИЗМА

М.С. Суслова, Я.Г. Голанд, М.Б. Суслова, А.А. Голанд (Нижний Новгород)

Интернет психитерапия (ИП) является составной частью комплексной психотерапии включающую эклектическую индивидуальную групповую психотерапию, а при психотерапии гомосексуализма физическое самоусовершенствование (самбо, культуризм, танцы). После первого звонка пациента просят войти на сайт www.goland.ru, где он находит подобных излеченных пациентов (пациент-зеркало - ПЗ). Видеозаписи ПЗ производятся на групповых занятиях, на мастер-классе, занятиях на ФУВе медицинской академии, семинарах по сексопатологии, на клинических конференциях, обществе психиатров, с согласия излеченных пациентов. На сайте представлены несколько кассет пациент-зеркало (КПЗ), видеотека содержит около 12 тысяч КПЗ. Собрав анамнез, мы показываем пациенту КПЗ и совместно обсуждаем просмотренную видеозапись. У 70-80% пациентов с неврозом навязчивости или “паническим атаками” происходит дезактуализация невротических переживаний, на вторую встречу они приходит как излеченные, просмотрев за неделю несколько КПЗ, готовы работать в группе. Гомосексуалы и транссексуалы в закрытом меню сайта на протяжении 1,5 летнего курса просматривают десятки КПЗ: 1) раскрывает стратегии и механизмы нашей психотерапии; 2) предлагает опыт принятия и понимания имеющихся проблем пациента; 3) демонстрирует новое поведение в жизни; 4) снимает тревогу, готовя к дальнейшей индивидуальной и групповой психотерапии; 5) дает богатый опыт преодоления симптомов, препятствующих личностному росту. 6) ПЗ позволяет стать значительным в глазах пациента, значимым для дальнейшей работы с психотерапевтом. Пациенту называются КПЗ, которые он должен просматривать как домашние задания. Просмотр КПЗ - важный психотерапевтический фактор, наряду с чтением нашей методической литературы и занятиями групповой психотерапией, включающую аутотренинг.

И ВСЕ-ТАКИ ГОМОСЕКСУАЛИЗМ И ТРАНССЕКСУАЛИЗМ ЛЕЧИТСЯ!

М.Б. Суслова, Я.Г. Голанд, А.А. Голанд, М.С. Суслова (Нижний Новгород)

Психотерапию гомосексуализма М. Эриксон, Д. Хейли, В. Мастерс, В. Джонсон, К. Ален, И. Ялом, супруги Д. и Л. Николоси и десяток других выдающихся психотерапевтов за рубежом, в нашей стране И. С. Сумбаев, Н. В. Иванов, Я. Г.Голанд, М. Б. Суслова, Н. Кибрик, Г. С. Васильченко описывали как «яркий пример долгосрочной психотерапии». За 51 год нашей работы 76 гомосексуалов и 7 транссексуалов ведут нормальную гетеросексуальную жизнь, сексуально счастливы. Психотерапия может принести результат прежде всего у пациентов с эгодистоническим гомосексуализмом, когда человек испытывает конфликт между собственными ценностями и гомосексуальным влечением, которое воспринимает как нечто чуждое и воспринимает однополый секс как нечто болезненное. Гомосексуальные мысли вызывают сильное чувство вины. Человек тщательно скрывая свои сексуальные наклонности от родных и друзей, воспринимая свое желание как несчастье, вызывают дискомфорт у этой группы гомосексуалов. Пациенты с эгосинтоническим гомосексуализмом принимают гомосексуальное как норму для себя, как неотъемлемую часть своей личности, считая гомосексуализм здоровым вариантом человеческой сексуальности, «гордые своей ориентацией, рассуждая о том, что любая гендерная самоидентификация или сексуальная ориентация одинаково хороша. Но как показывает наша практическая психотерапия пациенты второй группы со временем начинают поддерживать чувство одиночества «скоро старость, нет семьи, нет детей». Гомосексуалы этой группы попадая в тяжелое кризисное состояние (расставание, измены партнера, его предательство, ошибочный диагноз СПИДа, дефолт, неразрешимый конфликт в семье, остракизм со стороны всех родственников, шантаж и вымогательство криминальных элементов). Приходит сознательное намерение, возникает мотивация начать лечение. Все 7 транссексуалов обратились к нам период тяжелого кризиса, у четырех из них было несколько суицидальных попыток.

КРОССКУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СТАДИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Л.М. Таукенова (Нальчик)

Нами проведено сравнительное исследование механизмов психологической защиты и копинг-механизмов, клинических особенностей и стадий психотерапевтического процесса у 82 больных неврозами кабардинцев и русских, сопоставимых по возрасту, полу, образованию, формам невротических расстройств.

Наибольшая разница по показателям SCL-90 наблюдалась по шкалам соматизации и фобической тревожности (эти показатели выше у кабардинцев). Повышенные показатели шкалы соматизации оказалось характерным для всех форм невротических расстройств у кабардинцев, где тревожно-депрессивные невротические расстройства сочетались с соматоформными и конверсионными расстройствами. Пациенты кабардинцы отличались достоверно более высокими показателями дефицитарной агрессии и сексуальности, и низкими – деструктивной агрессии и демонстрировали более высокие показатели психологической защиты по типу отрицания, а ведущим механизмом копинг поведения у них оказался самоконтроль. Русские пациенты чаще использовали избегание, конфронтативный копинг, дистанцирование. Больные обеих групп демонстрировали готовность к изменениям в процессе лечения, однако процент русских, достигших стадии действия, т.е. готовых к применению успешных копинг-стратегий, изменению системы отношений, был выше, чем кабардинцев. Для больных кабардинцев оказалась эффективнее поведенческая тренировка с положительным эмоциональным подкреплением, психовоспитательные методы, релаксационные техники; в то время как русские пациенты успешнее использовали работу с ошибочными когнициями.

Т.о., наличие в кабардинской культуре жестких долженствований и запретов приводит к отрицанию агрессии и декларированию самоконтроля, что может приводить к формированию преимущественно конверсионных и соматоформных расстройств, более ригидным иррациональным когнитивным конструктам и резистентности к психотерапии.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ, В РАМКАХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

М.Ю. Титова, В.В. Ермолаев (Тамбов)

Внедрение личностного подхода к проблеме алкоголизма и наркомании позволило по-новому взглянуть на возможность выявления и коррекции черт личности, создающих психологическую готовность к употреблению ПАВ. Предрасположенность к аддиктивному поведению – это личностное образование, детерминирующее готовность к употреблению ПАВ

Программа психосоциальной реабилитации наркологических больных, осуществляемая в диспансерном наркологическом отделении, направлена на коррекцию личностных черт, определяющих предрасположенность к аддиктивному поведению. В 2010 г. в программе приняли участие 18 человек в возрасте от 20 до 60 лет, 6 (33%) пациентов прошли полный курс психосоциальной реабилитации. Эффективность программы оценивалась по тестам: «Смысло-жизненные ориентации» по Д.А.Леонтьеву; «Шкала оценки потребности в достижениях»; измерения самооценки по методике Дембо-Рубинштейн. У пациентов, прошедших полный курс психосоциальной реабилитации, увеличился общий показатель осмысленности жизни СЖО S с 99,6 до 111,6; улучшились навыки целеполагания (СЖО S с 32,9 до 39,33); удовлетворенность качеством жизни осталась на прежнем уровне; сформировалась положительная оценка пройденного отрезка жизни (21,83, после коррекции - 25, 83); интернальный локус контроля (по результатам теста СЖО S до коррекции – 29,16, после коррекции – 30,16); сформировалась субъектная позиция по отношению к жизни (СЖО S до коррекции – 26,66, S после коррекции – 29,33); повысилась мотивация к достижениям (S до коррекции – 5, S после коррекции – 6,66), сформировалась адекватная самооценка и уровень притязаний, до коррекции у 83,3% больных отмечался противоречивый характер самооценки и уровня притязаний, после коррекции у 33,4% пациентов самооценочный профиль имел адекватный характер.

Среди пациентов, самостоятельно вышедших из программы, повторно обратился по причине срыва 1 человек; среди пациентов, прошедших полный курс реабилитации, повторных обращений не отмечалось, 2 из них периодически проходят поддерживающее лечение с целью профилактики срыва.

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Д.Ю. Толошинова (Санкт-Петербург)

Танцевальная психотерапия используется в системе психосоциальной реабилитации психически больных. Однако в психодиагностике отсутствуют исследования «телесной картины» больных шизофренией. Исследования Л. М. Веккера, Б. Г. Ананьева, Н. А. Бернштейна, показали, что динамику психических процессов необходимо изучать «снизу-вверх», от первой сигнальной системы. Актуален является подбор методик оценки психомоторики, учитывающих дефицитарность мышления и особенности коммуникаций больных, позволяющих определить уровень регресса пациента.

Танцевальные терапевты используют как психологические методики, так и методики оценки динамики психомоторики, в зависимости от целей исследования (проба исследования пространственной организации движений А. Р. Лурия, кинематометрический тест «Внешний баланс» Е. П. Ильина, «Анализ испытания темпа и координации движений» Н. И. Толчинского, Н. Озерецкого). В настоящее время Н. Ю. Оганесян разработана методика «Анализ телесного компонента интеллекта», а также методика «Телесный анализ», которая включает индивидуальный двигательно-моторный анализ и анализ групповых коммуникаций в процессе танцевальной терапии. Бланки методики пациенты заполняют во время просмотра видео материала или непосредственно на танцевально-терапевтической сессии. Оцениваются такие шкалы, как характер движений, части тела, используемые в танце, ритм, пространственная ориентация, эмоциональное отреагирование, коммуникация, что, вызывает у пациентов интерес и стимулирует их к изменению. В течение нескольких лет указанные методики активно используются в петербургских психиатрических больницах № 1 и № 3.

При шизофрении; маниакальных, депрессивных состояниях наблюдаются различные изменения моторики. Танцедвигательная терапия через моторную сферу позволяет активно воздействовать на психическое состояние пациента, что подтверждает наш опыт лечения около 2000 больных.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТТЕРНОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА: МЕТОДОЛОГИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ, СЛЕДСТВИЯ

Тукаев Р.Д., Кузнецов В.В., Кузнецов А.Н., Зуева О.П., Ларина А.Д. (Москва)

Практика психотерапии невротических расстройств выявляет случаи полного устойчивого выздоровления - значительного улучшения состояния (ЗУС) и улучшения состояния (УС). В психотерапии считается, что методически правильное ее проведение приводит к высокой результативности. В исследованиях (Р.Д. Тукаев, 1988, 2003-2007) было выявлено: 1) группы пациентов со ЗУС и УС при невротических расстройствах по динамике и механизмам методически одноплановой психотерапии по показателям MMPIразличались; 2) эффективность психотерапии предопределялась исходными различиями состояния пациентов.

Нами проанализированы валидные клинико-психологические данные (MMPI, SCL-*90*-R, BDI, MAS, STAI, TAS, RRI , HARS), полученные для психотерапии тревожных расстройств с приступами паники, с выделением групп ЗУС и УС. Сопоставлены материалы работы трех психотерапевтов (более 130 пациентов).

Результаты.

1. Анализ подтверждакт предшествующий вывод об исходных различиях групп ЗУС и УС при психотерапии тревожных расстройст невротического регистра.

2. Динамики и механизмы психологических показателей в группах ЗУС и УС при методически одноплановой психотерапии различаются.

3. Сравненные психометрические методики имеют различную чувствительность при оценке результатов психотерапии.

4. Психометрические данные не позволяют осуществить выделение групп ЗУС и УС, заменяя, тем самым системную клиническую оценку эффективности психотерапии.

5. Механизмы терапевтической динамики для ЗУС и УС при тревожных расстройствах невротического регистра имеют паттерновый характер и укладываются в типологию преимущественно позитивного аффективного сдвига для ЗУС и близкого к определению как позитивного когнитивно-поведенческого сдвига для УС.

ДИНАМИКА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕАНСА ГИПНОЗА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Тукаев Р.Д., Кузнецов В.В., Антипова О.С., Стефанов Г.Б., Штарк Л.Н., Срывкова К.А. (Москва)

Проведено изучение саногенных механизмов гипноза на основе анализа динамики вегетативной регуляции и степени напряженности регуляторных систем в ходе гипнотического сеанса. Обследован 41 здоровый доброволец. Оценка вегетативной регуляции осуществлялась методом анализа ВСР до и после сеанса, при гипнотизации и дегипнотизации, во время сеанса, при внушении синего цвета.

Согласно полученным данным, вегетативная регуляция испытуемых перед сеансом характеризовалась доминированием активности надсегментарных эрготропных систем и снижением парасимпатического тонуса, что свойственно стрессовым состояниям, обусловленным эмоциональным напряжением. После сеанса достоверно снижалась ЧСС, повышался парасимпатический тонус. Редукция парасимпатической активности сочеталась с достоверным снижением общей ВСР, что рассматривается как индикатор напряженности и централизации регуляторных процессов, свидетельствуя об адаптивной эустрессовой перестройке вегетативной регуляции в ходе сеанса гипноза. ВСР-данные гипнотизации и дегипнотизации указывают на переходный характер данных процессов. При репродукции испытуемыми синего цвета в гипнозе возрастала активность периферических симпатоадреналовых механизмов, что согласуется с представлением об активации стресс-реализующих систем при «видении» цвета в гипнозе. Систематическая активация эустрессовых систем в гипнозе повышает мощность стресс-лимитирующих механизмов и активирует процессы реадаптации.

Таким образом, гипногенный эустресс имеет высокий адаптационный потенциал и способствует коррекции регуляторных нарушений. Психомодулирующее же влияние суггестии дополняет действие глобальных эустрессовых механизмов гипнотерапии. Гипнотерапия характеризуется активацией стресс-реализующих, и стресс-лимитирующих систем, что способствует активации процессов реадаптации и повышает стрессоустойчивость.

ИДЕНТИЧНОСТЬ И МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

А.И. Чеперин, Д.В. Четвериков, С.С. Одарченко (Омск)

Социальная помощь инвалидам чаще ограничивается материальной компенсацией, либо формированию приспособлений, облегчающий дефицит двигательных навыков. Компенсация инвалидов понимается как поведенческое преодоление физического недостатка, что не снимает проблем социальных барьеров, образа жизни, эмоционального дефицита, физической и психологической зависимости. Важнейшей характеристикой личности, интегрирующей в поведение многочисленные психические феномены, является идентичность. Изучение идентичности инвалидов позволило выделить 6 уровней:

1. Сенсорный - неспособность самостоятельно передвигаться, различные формы ограничения мануальных навыков, болезненные ощущения и т.д.

2. Эмоциональный - эффективно окрашенные представления о себе, о других и о мире; разнообразные чувства: безнадежность, вина, гордость, фобические переживания; способы купирования негативных эмоциональных переживаний

3. Когнитивный - логическая переработка представлений о собственном физическом дефекте, определение «локализации» и «эффективности» эйфорических и дискомфортных ощущений, мысли, сюжеты фантазий, понимание «порочности» дефекта, социальные, правовые и биомедицинские представления.

4. Поведенческий - непосредственно компенсация, поведение, направленное на преодоление имеющегося дефекта.

5. Интерактивный - отношение к дефекту, транслируемое окружающим – родственникам, врачу, правоохранительным органам, друзьям, а также интернализация социального отношения к конкретной форме инвалидности.

6. Социальный - многочисленные социально-психологические феномены, определяющие жизнь инвалида в социуме: толерантность, стигматизация, трудовое поведение, рентные установки и пр.

Реадаптационные мероприятия при инвалидности должны быть расширены психотерапевтической коррекцией на всех уровнях идентичности и базироваться на принципах социального подхода к инвалидности; независимой жизни и равных возможностей.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

О.В. Чупрова (Чебоксары)

Изучались особенности копинг-поведения больных алкогольной зависимостью в трудных и стрессовых жизненных ситуациях.

Для страдающих алкоголизмом характерны неконструктивные стиль и стратегии совладающего поведения.

В исследовании был использован опросник Э. Хайма.

Исследование проводилось на клинической базе Республиканского наркологического диспансера. В состав первой группы обследованных вошли 40 пациентов стационара. Нозологическая диагностика алкогольной зависимости осуществлялось по международным критериям МКБ-10.

Копинг-поведение подразумевает индивидуальный способ совладания с затруднительной ситуацией в соответствии с ее значимостью в жизни и с личностно-средовыми ресурсами, которые во многом определяют поведение человека.

С помощью опросника Э. Хайма исследовались в экспериментальной группе варианты совладания и разрешения трудных и стрессовых ситуаций и ситуаций высокого эмоционального напряжения (копинг-стратегии поведения). Выраженность адаптивных вариантов совладания (копинг-поведения) на когнитивном уровне: неадаптивные – у 14 человек (35%), у 14 человек (35%) – адаптивные, у 12 человек (30%) – относительно адаптивные. На эмоциональном уровне: неадаптивные – у 21 человека (52,8%), адаптивные – только у 12 человек (30%), у 4 человек (17,5%) – относительно адаптивные. На поведенческом уровне: у 18 человек (45%) – относительно адаптивные, у 8 человек (20%) – неадаптивные, адаптивные – у 14 человек (35%). В основном это вариант компенсации, т.е. стремление отвлечься или расслабится с помощью алкоголя.

Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты, страдающие зависимостью от алкоголя, выбирают для разрешения трудных и стрессовых ситуаций и ситуаций высокого эмоционального напряжения неблагоприятные копинг-стратегии поведения. Это ведет к дезадаптации.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

О.В. Чупрова (Чебоксары)

Цель исследования – изучение особенностей копинг-поведения лиц с алкогольной зависимостью в трудных и стрессовых жизненных ситуациях.

Гипотеза исследования: для страдающих алкоголизмом, характерны неконструктивные стиль и стратегии совладающего поведения.

В исследовании для изучения копинк-стратегий поведения больных алкоголизмом был использован опросник Э. Хайма.

Исследование проводилось на клинической базе Республиканского наркологического диспансера. В состав первой группы обследованных вошли пациенты стационара, численность группы составила 40 человек. Нозологическая диагностика алкогольной зависимости осуществлялось по международным критериям МКБ-10.

Копинг-поведение подразумевает индивидуальный способ совладания человека с затруднительной ситуацией в соответствии с ее значимостью в его жизни и с личностно-средовыми ресурсами, которые во многом определяют поведение человека (В.В. Пушина, 2007).

С помощью опросника Э. Хайма мы исследовали в экспериментальной группе варианты совладения и разрешения трудных и стрессовых ситуаций и ситуаций высокого эмоционального напряжения (копинг-стратегии поведения). Выраженность адаптивных вариантов совладания (копинг-поведения) на когнетивном уровне – неадаптивные у 14 человек (35%) и у 14 человек (35%) адаптивные, а у 12 человек (30%) относительно адаптивные. На эмоциональном уровне - неадаптивные у 21 человека (52,8%), а адаптивные только у 12 человек (30%) и у 4 человек (17,5%) относительно адаптивные. На поведенческом уровне - у 18 человек (45%) относительно адаптивные, у 8 человек (20%) неадаптивные, а адаптивные у 14 человек (35%), в основном это вариант компенсации, т.е. стремление отвлечься или расслабится с помощью алкоголя и т.п.

Что свидетельствует о том, что пациенты, входящие в зависимые от алкоголя выбирают для разрешения трудных и стрессовых ситуаций и ситуаций высокого эмоционального напряжения неблагоприятные копинг-стратегии поведения, что ведет к дезадаптации.

НАРУШЕНИЕ СНА У СОЗАВИСИМЫХ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Л.К. Шайдукова, Г.А. Гареева (Казань)

Проблема клиники созависимого поведения весьма актуальна в современной наркологии. Целью исследования было изучение клинических особенностей сна у созависимых родственников больных наркоманией, материалом являлись созависимые родственники(64 человека). Были выявлены пре-, интра-, пара- и постсомнические расстройства. Клиника пресомнических расстройств заключалась в удлинении периода засыпания, что характеризовалось как «бессонница» и выражалось в простом нарушении засыпания без каких-либо переживаний и в сложном, сопровождающемся симптомом «мыслительной жвачки». Интрасомнические нарушения выражались в поверхностном сне с частыми пробуждениями, что впоследствии ощущалось как «чувство отсутствия сна». Сон по типу «дремабдение» был вызван необходимостью контроля за ночным поведением больных наркоманией. Были выявлены парасомнические расстройства в виде изменения содержания сна, появления кошмарных сновидений с актуализацией психотравмы. Постсомнические нарушения проявлялись в раннем пробуждении (за 3-4 часа до режимного) в течение длительного периода времени. Расстройства просыпания были простыми, без негативных переживаний и сложными, сочетавшимися с чувством необъяснимой тревоги. Т.о., у созависимых родственников больных наркоманией выявлялись диссомнические нарушения, что необходимо учитывать в процессе семейной психотерапии.

МУЗЫКОПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО И АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРОВ

Т.К. Шемякина, Б.А. Воскресенский (Москва)

Работая в общепсихиатрическом отделении, подразумевающем активную психофармакотерапию, мы на протяжении ряда лет параллельно с ней проводим систематические еженедельные музыкально-психотерапевтические занятия, также оказывающие, по нашему мнению, определенный лечебный эффект.

Музыкальное переживание мы понимаем как актуальное («здесь и сейчас») многоаспектное (недифференцированно эмоциональное, эстетическое, сюжетно- содержательное и проч.) психическое состояние, которое в своем происхождении восходит к начальным этапам становления звуко-рече-смысловой организации психической деятельности (подробнее - в нашей недавней публикации- 2011г..).Тем самым оно в определенной мере характеризует степень упорядоченности зрелости и сохранности психических процессов. Этой природой музыкального переживания мы объясняем его психотерапевтический механизм. В ней же усматриваем определенные возможности для оценки тяжести болезненных психических изменений. Для объективизации последних был использован метод семантического дифференциала, позволяющий по-особому проективно оценить реакцию испытуемого на то или иное музыкальное произведение.

Результаты исследования указывают на параллелизм выраженности негативных расстройств и степени дезорганизации «глубинных» (то есть выявленных посредством применявшегося метода) реакций на прослушанные фортепьянные пьесы. Эти частные взаимоотношения расцениваем как одно из проявлений «первичных», «основных» (кавычки означают гипотетичность и заимствование) расстройств при эндогенных заболеваниях (шизофренический и аффективный спектр по МКБ 10). Исследования в этом направлении предполагается продолжить.

НАДЕЖНОСТЬ ОПРОСНИКА ПЕРФЕКЦИОНИЗМА (ГАРАНЯН, ХОЛМОГОРОВА)

Т.Ю.Юдеева, Н.Г.Гаранян, К.С.Михайлян (Москва)

Перфекционизм – личностная черта, имеющая сложную структуру и в общем виде отражающая стремление индивида к совершенству. Все существующие в настоящее время инструменты, измеряющие перфекционизм, представляют собой опросники, построенные на самоотчете. Ни один из них не содержит шкалы лжи, позволяющей судить о степени искренности испытуемого, что ставит вопрос о надежности опросника.

В исследовании, направленном на изучение надежности отечественного опросника перфекционизма (Гаранян, Холмогорова), приняли участие 77 человек. Использовались методики: опросник перфекционизма (Гаранян, Холмогорова), шкала социальной желательности (Кроун-Марлоу), шкала лжи (MMPI). Полученные результаты обработаны SPSS, версия 19.00, использованы коэффициенты корреляции r-Pearson и r-Spearmen.

Выявлены значимые отрицательные корреляционные связи между общим показателем перфекционизма, шкалами «Восприятие других как делегирующих высокие ожидания», «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках» и шкалой социальной желательности, получен низкий показатель по шкале лжи.

Полученные результаты свидетельствуют об искренности испытуемых при заполнении опросника перфекционизма (Гаранян, Холмогорова), что позволяет сделать вывод о его надежности и необязательности введения шкалы лжи в данный инструмент.

МОДЕЛЬ СЛУЖБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ В ВУЗЕ

Якубова Л.Н., Холмогорова А.Б.(Москва)

Актуальность организации службы психологического сопровождения студентов вузов обусловлена широкой распространенностью состояний эмоциональной дезадаптации в молодежной среде. Исследование, проведенное на выборке более 1000 студентов московских вузов, показало, что около 20% студентов находятся в состоянии эмоциональной дезадаптации, причем около 15% из них заявляют о наличии суицидальных мыслей и намерений.

Были выделены следующие мишени психотерапии и профилактики расстройств аффективного спектра у студентов: развенчание патогенных культурных ценностей (культа сдержанности, успеха и совершенства); развитие навыков эмоциональной саморегуляции; трансформация дисфункциональных личностных установок и убеждений (враждебной картины мира, нереалистичных перфекционистских стандартов, запрета на выражение чувств); осмысление и отреагирование травматического жизненного опыта и событий семейной истории; работа с актуальными дисфункциями структуры, макродинамики и идеологии семейной системы; тренинг дефицитарных социальных навыков, развитие способности к близким доверительным отношениям, расширение интерперсональных связей, преодоление социальной тревожности - фактора социальной дезадаптации и суицидального поведения.

Таким образом, целью работы психологической службы в вузе является оказание помощи студентам, находящимся в состоянии эмоциональной дезадаптации, а также профилактика этих состояний, содействие психологическому благополучию, сохранению здоровья и повышению адаптивных возможностей студентов. Достижение этой цели предполагает различные направления деятельности: информационно-просветительское, психодиагностическое, профилактическое, психологическое (а при необходимости медицинское) консультирование студентов в состоянии дезадаптации и проявляющих признаки психической патологии; социально-диспетчерское, межвузовское сотрудничество.

Одним из ключевых вопросов является вопрос принципов работы службы. Наиболее важными в работе психологической службы в вузе являются принципы анонимности и конфиденциальности. Четкое и неотступное соблюдение данных принципов позволяет получить кредит доверия у студентов, без которого работа психологической службы в вузе невозможна. Помимо этого важным принципом является отказ от смешения ролей и строгий запрет параллельно вести преподавательскую работу со студентами. Многочисленные исследования показали, что сочетание медикаментозного лечения и психотерапевтической работы являются наиболее эффективным при расстройствах аффективного спектра. Поэтому одним из организационных принципов работы службы должен стать бригадный подход, в котором предполагается тесное сотрудничество врача-психиатра и психолога.

МЕДИЦИНСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ТЕРАПИИ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

А.П. Азизов, И.В. Романова (Махачкала, Харьков)

Семейная психотерапия включает вопросы профилактического, лечебного и реабилитационного воздействия на психологический микроклимат семьи и динамику семейных отношений. При этом она должна учитывать важные характеристики семьи, такие как, ее функции, структура и динамика семьи.

В 2005-2010 годах нами были обследованы и включены в терапию 31 семья г. Харькова и Харьковской области и 30 семей г.Махачкалы. Рассматривались выполнение в семье таких функций, как воспитательная, хозяйственно-бытовая, эмоциональная, духовного общения и роста, социального контроля, сексуально-эротическая и др. Возраст супругов был от 18 до 30 лет, стаж супружеской жизни более 2 года. В 49 семьях имелся 1 ребенок, в 2 семьях было 2 ребенка, остальные семьи были без ребенка. Супружеская дезадаптация наблюдалась во всех 61 семьях при этом особенности жизнедеятельности семьи и ее членов затрудняли или препятствовали выполнению семьей одной или более ее функций. Зачастую в формировании супружеской дезадаптации играли роль психологические особенности членов семьи, их конфликтные взаимоотношения, неблагоприятные условия жизни, например, совместное проживание с родительской семьей, отсутствие собственной изолированной квартиры, тяжелое экономическое положение, обучение одного или обоих супругов. Мы наблюдали в динамике семьи в стадии зарождения семьи до рождения первого ребенка и стадии рождения и воспитания ребенка. В 61 семье имелись нарушения межличностной коммуникации супругов, а также межличностные конфликты приводили к ссорам, разногласиям в семье, таким образом, мы имели дело с негармоничными семьями.

Для психокоррекции супружеской дезадаптации семей нами применялась семейная психотерапия. Надо отметить важность формирования правильного и позитивного отношения к семейной психотерапии у супругов на начальном этапе психокоррекции, желательно создание мотивации к участию в ней у всех членов семьи. Принципы психокоррекции и психотерапии подростков и членов их семей соответствовали этапности, комплексности, последовательности.

Нами было отмечена в 48 семьях более активная роль и позитивное отношение к семейной психотерапии жен, чем мужей. Для гармонизации той функции семьи, которая была в ней нарушена, хороший результат дали коммуникативный, сексуальный, ролевые и игровые тренинги. В целом, семейная психотерапия проводилась 3-4 месяца, и имела положительный результат во всех 61 семьях с супружеской дезадаптацией. На основном этапе реконструкции семейных ролей проводился анализ ролей, мыслей, чувств, реакций членов семьи. Техника «проигрывания ролей друг друга», «обмен ролями» помогала восстановить и увеличить доверие членов семьи. Использовалась обратная связь для того, чтобы члены семьи научились слушать и чувствовать друг друга. На поддерживающем этапе проводился анализ перспектив, составление планов семьи, профилактика рецидивов эскалации неконструктивных конфликтов и агрессии.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ПСИХОГЕННЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ И СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕКСУАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Б.Е. Алексеев, И.М. Белоус (Санкт-Петербург)

Целью исследования явилась оценка прогнозируемого уровня комплайенса среди женщин с психогенными депрессивными и сопутствующими сексуальными расстройствами.

Объект исследования: 28 женщин, получавших фармакотерапию и психотерапию на базе городской психиатрической больницы №7.

Результаты: средняя длительность заболевания у обследованных составила 6,49 мес (95%ДИ=4,79 - 8,18 мес). У 25 женщин (89,28%) выявилось снижение и отсутствие либидо, 16 (57,14%) имели нарушение оргазмической функции и 1 (3,57%) нарушение генитальной реакции. В процессе лечения у 8 женщин (28,57%) дополнительно появились побочные эффекты психофармакотерапии в виде снижения либидо, возбудимости и нарушений оргазма. Общий балл по шкале медикаментозного комплайенса (Лутова Н.Б. 2006, 2007) через месяц от начала лечения составил 44,83 (95%ДИ=42,80 – 46,86), что не позволяет прогнозировать высокий уровень приверженности терапии.

Ухудшение сексуальной функции в процессе терапии основного заболевания вызывало два типа реакций: 1. потерю интереса к сексуальной близости и налаживанию отношений с партнером; 2. повышение раздражительности и досады, если на фоне восстанавливающегося уровня либидо достижение достаточного уровня возбуждения и оргазма оказывались трудноосуществимыми. Опасения пациенток о невозможности сексуальных отношений на протяжении рекомендуемого срока лечения требовали коррекции: разъяснялись механизмы сексуальных дисфункций и возможность нарастания достаточного возбуждения при удлинении предварительного периода ласк, рекомендовалось использование средств повышающих влечение и любрикантов.

ЛЕЧЕНИЕ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕМАТИКИ

М.А. Аркус (Москва)

Тревожно-фобические расстройства – одна из ведущих причин обращения пациентов к сексопатологу, составляют до 30 % среди стержневых симптомов и почти 90 % среди сопутствующих.

В сексологии выделяют синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) и коитофобию. При СТОСН больные считают себя полностью здоровыми и связывают свою неудачу с наличием неких отрицательных моментов, при устранении которых сексуальная функция нормализуется.

Больные коитофобией расценивают свое состояние как заболевание, мало поддающееся коррекции или неизлечимое. В основе этого лежит выраженный страх самой ситуации полового акта, который воспринимается как тяжелый физический и\или психический стресс.

Обсессивно-фобические расстройства сексуальной тематики резко снижают качество жизни пациента, в ряде случаев полностью прекращающих интимные отношения. Нарушаются также репродуктивное поведение, социальная активность, творческая и/или трудовая деятельность.

Терапия обсессивно-фобических расстройств сексуальной тематики проводится по общепринятым рекомендациям и включает в себя психотерапию и психофармакотерапию.

При выраженных тревожных и тревожно-депрессивных состояниях рекомендовано применение антидепрессантов - Паксил, Аурорикс, Кассадан, Амитриптилин, Ксанакс.

Одновременно с назначением психофармакотерапии проводят курс психотерапии, направленный на снятие тревожности по отношению к сексуальному контакту.

При этом лечебные воздействия проводятся непрерывно, последовательно и комплексно. По нашему мнению, наиболее эффективным методом терапии обсессивно-фобических расстройств сексуальной тематики является супружеская секс-терапия, которую мы рассматриваем как вариант психотерапии сексуального расстройства с привлечением партнера в качестве со-терапевта, проходящей в виде тренинга, в процессе которого отрабатываются различные аспекты взаимоотношений и поведения обоих партнеров. То есть имеет место интегрированная и систематическая лечебная программа, чаще всего включающая в себя в разных соотношениях рациональную и косвенную психотерапию, поведенческую психотерапию, психоанализ, а также психофармакотерапию.

Постоянная поддержка со стороны врача, своевременная коррекция поведения пациента позволили 69,4 % мужчин, страдающих СТОСН (как одиноких, так и состоящих в браке), возобновить или начать половую жизнь в рамках терапевтического процесса (то есть в пределах 3-4 месяцев от начала терапии). Еще 16,2 % мужчин вступили в сексуальные отношения с новыми партнершами в течение 6 месяцев от начала терапии. То есть после окончания основного курса.

Среди пациентов, страдающих коитофобией, эти цифры составили 61,6 % и 13,7 %.

Таким образом, терапия тревожно-фобических расстройств сексуальной тематики, включающая в себя фармакотерапию и психотерапию, является эффективной для большинства пациентов. Правильное соотношение психо- и фармако- терапии позволяет дифференцированно подходить к лечению даже длительно текущих процессов.

Аркус Максим Леонидович, МНИИпсихиатрии, отделение сексопатологии. 8 495 963-1290,
arkusmaxim@mail.ru

ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСГАРМОНИЙ

Буткова Т.В., Кибрик Н.Д, (Москва)

Психотерапия с пациентами, имеющих в анамнезе суицидальное поведение, на фоне дисгамий, носит разнонаправленный вектор, т.к. в основе брачной адаптации лежит взаимодействие психологических, социально-поведенческих, сексуально-физиологических факторов, определяющихся уровнем культурного и социального развития, что обеспечивает, совместно с конституционально-биологическим фактором, оптимальную гармонизацию отношений между супругами, при условии схожей расстановки ценностных ориентаций при выборе партнера.

В психотерапевтической работе следует учитывать личностные особенности пациента. Инфантильность, патологическая замкнутость, тревожная мнительность, инертность, нерешительность определяют тяжесть развития депрессивных состояний и сексуальных нарушений. Среди характерологических особенностей пациентов отмечается: заниженная самооценка, нерешительность, повышенная склонность к самоанализу, неуверенность, замкнутость, мнительность, подавленность, впечатлительность, ранимость, тревожность. Работа с каждым из партнеров помогает изменить оценку супругами своих сексуальных возможностей, сформировать их сексуальное поведение, ликвидировать дефицит информации путем последовательного повышения уровня осведомленности и компетентности партнеров в вопросах межличностных отношений, физиологии и психогигиены интимной жизни, тем самым, способствуя нормализации семейных взаимоотношений.

Применяемые методики, направлены на раскрепощение личности, формирование внутренней и внешней свободы в поведении и действиях, мыслях и представлениях. Проводится ориентация партнеров на максимальное изменение сложившегося сексуального стереотипа, адекватное реагирование на сексуальные неудачи и анализ их причин, приводящих к внутриличностным и внеличностным конфликтам. В результате этого повышается адаптация к разнообразным психотравмирующим ситуациям, укрепляется и поддерживается личностная самооценка, улучшается психологический климат в паре.

ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕДОФИЛИИ

Баринов А.М., Введенский Г.Е., Колоколов А.В. (Москва)

По данным Следственного комитета РФ за последние 10 лет количество сексуальных правонарушений в отношении детей возросло в 20 раз. При этом резко увеличилось и число комплексных сексолого-психиатрических экспертиз обвиняемых. В ряде случаев диагностика педофилии становится затруднительной, что может быть связано с тем, что, во-первых, обвиняемый отрицает сам факт деяния, во-вторых, подэкспертные часто дают искаженную информацию о свое сексуальном развитии, ориентируясь на свои представления о норме. Кроме того, известные ограничения накладывают принципы постановки диагноза по МКБ-10: диагноз не ставится, если сексуальное поведение в отношении несовершеннолетних наблюдались на протяжении менее полугода, о чем можно судить только по материалам дела. За последние 3 года отмечается постоянный рост числа случаев, когда диагноз педофилии не мог быть поставлен: в 2008 г. – 20 % случаев, в 2009 г. – 30,6 %, в 2010 г. – 42,5 %.

В связи с выше перечисленными факторами, резко возрастает роль объективных методов диагностики, таких, как оценка невербального и вербального поведения. В рамках клинико-этологического метода диагностики разрабатываются различные алгоритмы и способы оценки невербального поведения, причем квалификация состояния становится диагностически значимой лишь в том случае, когда вся совокупность невербальных проявлений соответствует контексту ситуации (Ткаченко А.А. и др., 2008). Другой важной проблемой является изучение когнитивных искажений при педофилии, механизмом образования которых являются систематические ошибки в мышлении или шаблонные отклонения в суждениях, которые происходят в определённых ситуациях. Остается неясным психопатологическое насыщение понятия когнитивных искажений, которые в различных случаях могут выступать как доминирующие, сверхценные или бредоподобные идеи, роль которых в регуляции поведения представляется различной.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В СЕКСОЛОГИИ

В.С. Володин (Воронеж)

Вступление в XX1 век требует интенсивного напряжения адаптационных возможностей организма, так как в современной жизни наиболее ранимой оказывается нервно-психическая система человека. Наш организм часто не может адаптироваться к стрессу, и дает срыв в виде психосоматических расстройств и заболеваний.

Психосоматические расстройства в рамках сексологии могут быть представлены функциональными изменениями в МКБ-10 в рубрике F-45 соматизированное расстройство с учетом вегетативного возбуждения различных органов (сердечно сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой и дыхательной систем). Специально выделенной в МКБ-10 к данным расстройствам относится рубрика F-52 «Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием», представленная изменением сексуального влечения, недостаточностью генитальных реакций как мужчины, так и женщины.

В основе психосоматического заболевания первично лежит телесная реакция на конфликтное переживание, связанное с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. К психосоматическим заболевания в узком смысле первоначально относились: бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертензия, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки. В МКБ-10 они входят в рубрику F-54, куда так же включаются «психологические факторы, нарушающие соматическое состояние».

В сексологии постоянно проводятся научные исследования в рамках психосоматики с учетом патологии органов: дыхания, ССС, ЖКТ, мочеполовой и эндокринной системы. Поэтому для повышения качества жизни человека в рамках тематического усовершенствования семейных врачей и узких специалистов должны быть озвучены вопросы сексологии в рамках психосоматики.

ОСЛОЖНЕНИЯ ФАРМАКОТЕАРПИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Ворник Б.М. (Киев)

Согласно прогнозов, различных международных организаций и медицинских экспертов количество людей, страдающих теми или иными сексуальными расстройствами, с каждым годом будет увеличиваться. При этом, уже сейчас удельный вес расстройств сексуальной и репродуктивной сферы значительно выше приводимой официальной статистики. Неудачная половая жизнь, безбрачие, бездетность, депрессии, суициды – это только незначительный перечень звеньев патологической цепи, вызванной сексуальными расстройствами.

Довольно часто, сексуальные расстройства, являются первыми симптомами поражения психической, сердечно-сосудистой, моче-половой и других систем. Поэтому своевременное лечение сексуальных расстройств даст возможность предупредить более серьёзные заболевания, влияющие на качество жизни и показатель смертности населения.

Проблемы, связанные с рациональной фармакотерапией сексуальных расстройств и будут актуальными еще долгое время, поскольку, невзирая на периодически появляющиеся шумные заявления о новых лекарствах, психотерапевтических или хирургических методах лечения, тем не менее вопросы успешного лечения сексуальных расстройств еще далеки от своего окончательного завершения равно как и проблемы, связанные с применением лекарственных средств и их влиянием на организм человека.

Существует очень незначительное количество препаратов, нейтральных для сексуальной функции человека. Большинство же из них улучшают иди ухудшают состояние сексуальной функции. К последним относятся еще и препараты для лечения соматических заболеваний. Такое их действие может быть обусловлено или фармакодинамикой, или дозой, когда один и тот же препарат в различных дозах оказывает или стимулирующее, или угнетающее действие на сексуальную и репродуктивную функцию (например, тестостерон).

Широкий спектр лекарственных препаратов для фармакотерапии сексуальных расстройств, что требет от врача соблюдения принципов рациональной фармакотерапии (РФТ).

Под РФТ понимают принципы назначения лекарств в условиях конкретной клинической ситуации в дозах, которые отвечают индивидуальным требованиям больного на определённый период времени и с наименьшими затратами для пациента (Викторов А.П. 2009).

На сегодняшний день значительно расширенно и углублённо представление о факторах риска развития неблагоприятных побочных действий лекарственных средств. К ним относятся

личностные факторы, социальные факторы и особенности лекарственных средств.

При ретроспективном анализе результатов лечения 8561 пациента, установлено, что наиболее часто различные осложнения со стороны сексуальной функции имеют место при использовании антидепрессантов, гормональных препаратов, ингибиторов ФЭД, ингибиторов 5α – редуктазы, гипотензивных, антацидных и неофициальных, особенно рекламируемых в СМИ, - препаратов.

Таким образом, выбирая то или иное лекарственное средство врачу необходимо проанализировать как можно больше различных факторов, которые потенциально влияют на эффективность лечения, минимизируя при этом вероятность развития нежелательных побочных эффектов и осложнений.

НАУКА НЕ ДОКАЗАЛА, ЧТО ГОМОСЕКСУАЛИЗМ НОРМАЛЕН

Я.Г. Голанд, М.Б. Суслова, А.А. Голанд, М.С. Суслова (Нижний Новгород)

АПА (американская Психотерапевтическая Ассоциация) считает психическим расстройством то, что связано с дискомфортом и ограничением возможностей. В среде гомосексуалов распространены злоупотребление наркотиками, более высок уровень депрессии; попыток самоубийства венерических заболеваний, СПИДа. В Дании, Голандии нет того притеснения со стороны общества наблюдается более высокий уровень психических проблем гомосексуалов. Д. Николоси цитирует двух гей-клиницистов изучавших 156 гей-пар, ни одна пара не была в состоянии сохранить актуальную верность в течение более 5 лет. Представления кто мы есть с точки зрения нормы здоровья, адаптации самореализации в полном смысле слова - это не научное, а философское понятие. Наука не различает человеческого духа, она не может ничего сказать о нашей идеинтичности, о том кто мы. А. Миденгиер “Свобода проявляется в выборе жить в соответствии со своей подлинной природой, возобновив путешествие к мужественности”. Расстройство гендерной идентификации (РГИ) и психосексуальные проблемы вызывают дискомфорт. РГИ является показателем более глубокой дезадаптации, вероятнее это симптом внутренней психической проблемы, а не что-то естественное и свойственное личности (Д Николоси). Даже гей активисты не желают, чтобы их ребенок повторил их гомосексуальную судьбу. Изначально было задумано, что человеческая раса разделена на мужчин и женщин, третьего пола просто не существует. Сокаридес пишет, что ни одни родители не скажут “нам не важно, вырастет наш ребенок гомосексуалом или гетеросексуалом”. Эгосинтамический гомосексуал грустно ответил “нет” на мой вопрос “вы бы желали чтобы ваш сын повторил вашу гомосексуальную судьбу?” Если норма - это функционирование в соответствии со своим предназначением - тогда природа призывает нас выполнить свое предназначение мужчины или женщины, о чем неоднократно высказывались ученые с мировыми имена Н. Куминас, Р. Перлоф, Р. Р. Спитзер, Д. Николоси и более тысячи профессионалов Американской национальной ассоциации по изучению и терапии гомосексуальности. “АПА - считает Рональд Байер - пала жертвой болезни бурной эпохи, когда подрывные элементы грозили политизировать все аспекты американской общественной жизни. Яростный эгалитаризм, вынудил психиатров-экспертов вести обсуждение патологического статуса гомосексуальности с самими людьми нетрадиционной ориентации. Исключение гомосексуальности из классификации болезней было достигнут не благодаря научным доводам, но стал действием, продиктованным духом времени”. Американская национальная ассоциация по изучению и терапии гомосексуальности насчитывает более тысячи профессионалов в области психического здоровья рассматривает гомосексуальность как нарушение в процессе развития. Нет научных доказательств того, что гомосексуальность здоровый вариант человеческой сексуальности. “Норма - функционирование в соответствии со своим назначением, природа призывает нас исполнить свое предназначение как мужчины или как женщины” утверждает Д Николоси.

ГОМОЭРОТИЗМ МОЛОДЁЖИ

Г.Б. Дерягин (Москва)

В современных западных представлениях гомосексуальность не является ни извращением, ни преступлением, ни болезнью. Она рассматривается как вариант нормы, так как гомосексуальность отличается от гетеросексуальности лишь направленностью сексуального влечения, в то время как эмоциональные, духовные связи и реакции аналогичны. По специально разработанной комплексной методике с применением психологического тестирования методом случайной выборки нами в добровольном порядке проводилось анонимное многоцелевое исследование сексуальности молодых людей 21 – 28 лет, проживающих на Европейском Севере России; отдельно по упрощённой методике опрашивались 17 – 18-летние респонденты. Для освещения рассматриваемого нами аспекта сексуальности получены данные от 500 студенток и 360 студентов старше 21 года, а также от 120 респонденток и 80 респондентов 17 – 18 лет. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи пакета прикладных программ STATISTICA 5.0 for Windows.

В результате статистического анализа, установлено:

1) Гомоэротические потребности в той или иной степени выраженности имелись не менее, чем у 25% лиц женского и 12% – мужского пола в возрасте свыше 21 года. Около половины лиц с такими потребностями к 22 годам вступили в один или в более, чем один гомосексуальный контакт. Кроме того, однократные гомосексуальные контакты в подростковом и в юношеском возрасте имели 5% девушек и 2,5% юношей без каких-либо гомоэротических потребностей, нашедшие себя в гетеросексуальной жизни и оценивавшие себя исключительно как гетеросексуалы. Вероятно, такие однократные подростковые и юношеские транзиторные гомосексуальные опыты, являясь результатом познавательного процесса, не служат основой для развития гомосексуальности.

2) В процессе полового созревания у большинства бисексуалов, первым пробуждалось гетеросексуальное влечение: у девушек – в среднем в 15,7±0,1 лет, у юношей – в 14,4±0,1 лет, и лишь затем, ближе к 20 годам, и достоверно позже, постепенно осознавались гомосексуальные потребности. Так, выраженные гомоэротические потребности девушки идентифицировали в среднем в 17,7±0,4 лет ($p < 0,001$), юноши – в 16,8±0,7 лет ($p < 0,01$). В среднем, первые гомосексуальные контакты у лиц женского пола отмечались в 18,4±0,5 лет, у юношей – в 16,8±0,6 лет.

3) Юноши с гомоэротическими потребностями, не вступавшие в гомосексуальные связи по причине доминирования социальных стереотипов, старавшиеся вести себя гетеросексуально, выделялись повышенным уровнем тревожности. 50% их сомневались в своём психическом здоровье, что отличало их ($p < 0,001$) от реализовавшихся в гомоэротических отношениях бисексуалов, среди которых лишь около 20% в той или иной степени проявили эгодистонность, а большинство восприняли первый гомосексуальный контакт как принесший им удовлетворение без чувства вины. Среди девушек таких различий не выявлено.

4) Пуританские воззрения на различные проявления сексуальности, гомофобные установки и максималистский гетеросексизм, более ($p < 0,001$) присущи лицам, не достигшим 19 – 20-летнего возраста. С повышением возраста респондентов повышалась терпимость к сексуальной девиантности в целом и приемлемость гомоэротизма. Студенты с выраженными пуританскими установками после 22 лет имели достоверные отличия от остальных лиц «условной нормы» ($p < 0,001$) по 6-й шкале MMPI в сторону резкого повышения профиля (ригидные).

5) Саморазрушительное поведение, в том числе и повышенная алкоголизация, резко отличающее бисексуалов от лиц из группы «условной нормы», вероятно, изначально является не причиной гомосексуальности, а следствием сексуальной неудовлетворённости и психологических проблем, связанных с сексуальной ориентацией.

НУЖНА ЛИ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КАСТРАЦИЯ ПЕДОФИЛОВ В РОССИИ?

Цымбал Е.И., Дьяченко А.П. (Москва)

В настоящее время цели уголовного наказания в отношении педофилов (исправление и предупреждение совершения новых преступлений) не достигаются. Карательный потенциал УК России в отношении педофилов практически будет исчерпан после реализации законопроектов, ныне находящихся на рассмотрении в Госдуме РФ. Это предполагает целесообразность расширения спектра мер уголовно-правового и иного воздействия на них.

Анализ следственной и экспертной практики показывает широкое распространение среди педофилов лиц с устойчивыми нарушениями сексуального поведения. В подавляющем большинстве случаев указанные нарушения не достигают уровня психического расстройства и не исключают вменяемости. В связи с этим к указанным лиц не могут быть применены существующие принудительные меры медицинского характера.

Зарубежная практика (США и европейские государства) убеждает в многолетнем и эффективном использовании разнообразных коррекционных мер (как добровольных, так и принудительных), применяемых наряду с уголовным наказанием. Такие меры, в частности, включают: пролонгированную фармакологическую кастрацию педофилов, оказание им длительной специализированной (предпочтительнее психологической, сексологической) помощи после освобождения из мест лишения свободы, а также мониторинг их постпенитенциарного поведения.

С учетом изложенного авторы предлагают выводы о том, что:

- следует обеспечить постоянный контроль за поведением педофилов, освобожденных из мест изоляции, включающий применение «электронных браслетов» (по опыту США за их счет) и медицинский мониторинг;

- включить пролонгированную фармакологическую кастрацию педофилов в число принудительных мер медицинского характера (глава 15 УК России), назначаемых судом, которую поддерживают 89% российских респондентов;

- создать единую федеральную базу данных о педофилах и их жертвах, основанную на изучении материалов следственной, судебной, экспертной и медицинской практики в целях профилактики и пресечения педофильных посягательств;

- необходимо создать федеральный (или региональные) Центр при Минюсте России для обеспечения единообразия экспертной практики и методического руководства экспертными учреждениями, осуществляющими экспертизу педофилов и их жертв;

- активизировать усилия Следственного комитета РФ и Судебного Департамента при Верховном Суде РФ по подготовке следователей и судей, специализирующихся по делам о преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы несовершеннолетних.

ИСТЕРИЯ, ФРИГИДНОСТЬ И ФЕМИНИЗМ – СОВПАДЕНИЕ И ПРОТИВОСТОЯНИЕ

Егоров Б.Е., Тихомирова Г.Н. (Москва)

Холодность женщины в сексуальных отношениях определяется несколькими составляющими. Прежде всего, это – биологическая, личностная и социальная части – единого целого, сексуального удовлетворения. На каждом этапе и формирования, и проявления, мы можем наблюдать или блокировку этого удовлетворения или его снятие. У одних женщин присутствует внутриличностный конфликт между биологической и социальной частями, у других – между личностной и социальной, у третьих – между биологической и личностной частями и т.д. и т.п. Бывают совпадения этих составляющих, и тогда мы получаем гармоничную личность во всех ее проявлениях. Истерическая составляющая женщины добавляет «изюминки» в восприятии ее мужчиной. Но на каком этапе это «изюминка», а на каком это вызывает оскомину – все это история развития женщины. Роль «феромонов» в привлечении к себе мужчин здесь играют истерические механизмы реагирования. К сожалению, борьба многих женщин за феминизм, за мифическую независимость от всего женского, делает их похожими на киборгов, с их автоматическим реагированием, а не на женщин с их индивидуализирующей привлекательностью.

Разочаровавшись в биологии отношений, женщина пытается агрессивно бороться с женским началом, забывая порой то, что оргастические переживания наступают вслед личностным переживанием партнера внутри каждой женщины. Ведь в конечном итоге и мужчина, и женщина ощущают себя своим полом, именно в момент сексуальных отношений и ни как иначе. Попытка вначале только идеализировать отношения, а потом переводить их в сексуальные, как правило, приносит массу разочарований обоим партнерам. Точно также как и обратное соотношение, сначала сексуальные действия, а потом попытка их идеализировать. И только единство восприятия себя как биологического, личностного и социального единого целого дает женщине максимум удовлетворяющих переживаний.

Авторы доклада: Егоров Борис Ефимович – доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования, член Российского общества психиатров, вице-президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, председатель Комитета по этике и защите профессиональных прав ОППЛ.

Моб. тел. 720 -55 -71

Электр. Почта – ethicscomcpr@mail.ru

Тихомирова Галина Николаевна – клинический психолог Центра психоаналитических исследований творческого процесса

Раб. Тел – 628-32-24

Электр. Почта – ethicscomcpr@mail.ru

ОРГАЗМИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ: ЛЕЧЕБНЫЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОДХОДЫ

М.В. Екимов (Санкт-Петербург)

В едином лечебно-реабилитационном процессе обе указанные составляющие могут сочетаться по разному. Упрощённо: лечение – это когда проблему можно устранить (вылечить), реабилитация – это когда проблему (полностью или частично) не устранить, и врачу надо максимально повысить адаптацию пациента к данной проблеме. Хотя лечение женских оргазмических дисфункций (ОД) высоко эффективно, но в ряде случаев требуется и реабилитация, которая может дополнять лечение и даже преобладать. Необходимость в переходе к реабилитационным методам обусловлена: 1)иногда встречается терапевтическая резистентность ОД. 2)проблемы с партнёром: отсутствие партнёра, не сотрудничающий партнёр. 3)различные факторы, затрудняющие или прерывающие лечение: дети, проблемы с работой, и т.д. В самой реабилитации мы выделяем компенсаторно-заместительные и адаптационные методы. К заместительным методам может относиться заместительное применение фаллоимитаторов. Или заместительная мастурбация (даже при наличии половой жизни), в т.ч. особыми методами (вибростимуляция и пр.). Например, в процессе лечения женщина с абсолютной аноргазмией научилась мастурбаторному оргазму (хотя бы даже вибрационному), но партнёра нет или он не участвует в терапии. В результате дальнейшее лечение невозможно, и мастурбация играет заместительную реабилитационную роль. Или, при жёсткой психологической установке в паре именно на коитальный (вагинальный) оргазм, который пока ещё в процессе терапии не сформирован, клиторный оргазм в петтинге будет расцениваться как заместительный. Адаптационные методы реабилитации актуальны при наличии особых сексуальных сценариев. Поскольку их не изменить, к ним надо адаптировать пару (за счёт сценарно-ориентированной секстерапии). Переход к реабилитации, её принятие личностью и сам процесс реабилитации требуют специальной психотерапевтической работы сексолога.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ

И.Ю. Кан, М.И. Ягубов (Москва)

Оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий больных, страдающих расстройствами полового влечения, требует, как дальнейшего изучения их психопатологических особенностей, так и разработки критериев дифференцированной терапии. 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 детальном обследовании расстройство полового влечения выявляется не менее, чем в 25-30% случаев. 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 необращение их к психиатрам. На фоне подобной клинической картины пациентам часто назначают различные гормональные средства, противовоспалительные препараты, биологически активные добавки, витамины, которые оказываются неэффективными.

Комплексное изучение 120 пациентов (75 муж. и 45 жен.) в возрасте от 22 до 55 лет, обратившихся в научно-методический центр медицинской сексологии и сексопатологии с жалобами на расстройство эрекции и эякуляции у мужчин и оргазма у женщин, позволило в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 распределить на три группы. В первую группу вошли 86 больных с отсутствием или потерей полового влечения, проявляющегося недостатком или отсутствием сексуальных фантазий и желания сексуальной близости, которые были связаны с шизотипическим (55 человек) или шизоидным расстройством личности (31 человек). Сексуальные нарушения у пациентов второй группы (15 пациентов) проявлялись отвращением (аверсией) к половой близости, сопровождающимся негативными чувствами, страхом или тревогой, и были связаны с шизотипическим расстройством. В третьей группе (19 больных) половые расстройства проявлялись отсутствием сексуального удовлетворения (сексуальная ангедония) и были связаны с неврастенией (7 человек), смешанными тревожно-депрессивными (5 человек) и соматоформными расстройствами (7 человек). Несмотря на специфику данных состояний, лечение этих больных должно проводиться с учетом нозологической принадлежности имеющихся у них психических нарушений. При расстройствах полового влечения в рамках шизотипического расстройства необходимо назначение нейролептиков, при депрессивном расстройстве, соматоформных расстройствах - антидепрессантов, при неврастении и органических, включающих симптоматические, психические расстройства - транквилизаторов в сочетании со средствами нейрометаболического действия (ноотропами, препаратами, улучшающими мозговое кровообращение) и адаптогенами. Для предупреждения отрицательного действия психофармакотерапии на половую функцию, препараты назначаются в малых и средних терапевтических дозах и по возможности выбираются те, которые не имеют или оказывают минимальное побочное действие на сексуальную активность.

Эффективность терапии зависела от характера психической патологии и варьировала от 65% у больных шизотипическим и соматоформными расстройствами до 75% у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами и неврастенией. Полученные данные свидетельствуют о необходимости у пациентов, страдающих расстройствами полового влечения, выявления и коррекции психической патологии.

НЕЙРОВИЗУАЛЬЗАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Б.Г.Карашева, Н.Д.Кибрик (Москва)

Сексуальная функция регулируется различными структурами центральной нервной системы, связь между которыми осуществляется посредством различных медиаторов, а также участвуют адренергические и холинергические нейроны (Khan M.A., Thompson C.S., Sullivan M.E. et al., 1999, 2000). Нарушение одной из регуляторных систем может быть причиной расстройства, однако, в большинстве клинических случаев встречается комбинация нескольких причин (С.П.Даренков, О.Б. Жуков, М. А. Богомолова, Г. Н. Бирюкбаева, 2010). В связи с этим, применение нейровизуализации центральных механизмов реализации сексуальной функции является ценным для диагностики и последующей разработки методов терапии расстройств. Самый информативный метод исследования- это магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, а также функциональное магнитно-резонансное исследование (ФМРТ) головного мозга.

Нами были исследованы 44 мужчин с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Данным пациентам было проведено МРТ головного мозга, у которых выявлено очаговое поражение корково-подкорковых структур левого полушария (доминантное у данных пациентов)- 59,1%, поражение корково-подкорковых структурах правого полушария – у 18,2%, в обоих полушариях- у 9,1% обследуемых. Сексуальные расстройства в виде снижения влечения выявлены у 61,5%, эректильная дисфункция –у 38,5%, нарушения семяизвержения (преждевременная эякуляция, задержка, отсутствие эякуляции) -у 53,8% пациентов с поражением структур левого полушария; у 50% лиц с поражением структур правого полушария выявлено снижение влечения, у 25%- эректильная дисфункция и у 62,5%- нарушение семяизвержения.

Поражение доминантного полушария и связанные с этим речевые расстройства усложняют коммуникативные свойства человека, нарушается социальное функционирование, опосредованно развиваются семейно-сексуальные дисгармонии. Выявление и оценка воздействия неврологических причин на характер сексуального расстройства является определяющим в уточнении этиологии заболевания, а также позволяет проводить лечение больных с сексуальной дисфункцией на более ранних этапах реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ

А.А. Касторная, М.И. Ягубов (Москва)

Алкогольная зависимость является актуальной социально-медицинской проблемой в связи с высокой ее распространенностью и серьезными последствиями. Хроническая алкогольная интоксикация, отрицательно влияя на половую сферу, вызывает нарушение практически всех стадий копулятивного цикла. По литературным данным частота сексуальных нарушений у лиц с алкоголизмом составляет от 3,9% до 83,0 %. Причем сексуальные дисфункции, усугубляя семейную дезадаптацию, могут приводить к конфликтам, что в свою очередь может стать причиной рецидива заболевания.

Нами проводится исследовательская работа, целью которой является определение клинических особенностей сексуальных расстройств у больных алкоголизмом II стадии в зависимости от течения заболевания. К настоящему моменту обследовано 39 пациентов мужского пола, находящихся на лечении в отделении психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости МНИИП.

В результате комплексного обследования было установлено, что у 62 % больных алкоголизмом II стадии наблюдаются сексуальные дисфункции. У 59% обследуемых в период воздержания от употребления этанолсодержащих напитков сексуальные расстройства проявлялись снижением полового влечения, у 33% - нарушением эрекции, причем у 15% из них эти нарушения стали причиной отказа от интимных отношений. Изменения в длительности полового акта (как в сторону укорочения, так и удлинения) отметили всего 8% обследуемых.

Анализ партнерской ситуации показал, что 45% из обследуемых были разведены и не имели постоянных сексуальных отношений, 40 % - состояли в браке (25% из них оценивали свои отношения в семье как конфликтные), а остальные 15 % -никогда не имели семьи. Большинство пациентов не тяготились отсутствием полноценной половой жизни.

В результате комплексного обследования было установлено, что у больных с половыми расстройствами преобладал слабый и средний тип половой конституции (50 и 49% соответственно), а в группе пациентов без сексуальных расстройств - сильный тип (73%). При сравнительном анализе форм употребления алкоголя было установлено, что больные с сексуальными расстройствами характеризуются почти в равной степени постоянным (38%), смешанным (33%) и псевдозапойным (29%) типом алкоголизации. У пациентов без сексуальных дисфункций в преобладающем большинстве (54%) встречался псевдозапойный тип с короткими запоями, тогда как постоянная форма употребления встречалась у 20%, а на смешанное и псевдозапойное с длительными запоями приходилось по 13%. Средняя длительность II стадии у лиц с половыми расстройствами приближалась к 13 годам, а без расстройств к 9 годам.

Таким образом, предварительный анализ полученных данных показал, что на формирование сексуальных нарушений при алкоголизме влияют как особенности течения самого алкоголизма (длительности заболевания, формы употребления спиртных напитков, суточной дозировки этанола), так и половая конституция и семейно-партнерские отношения.

СОВРЕМЕННОЕ МНОГООБРАЗИЕ СЕКСОЛОГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В РОССИЙСКОМ НАУЧНОМ СЕКСОЛОГИЧЕСКОМ ОБЩЕСТВЕ (РНСО)

Кащенко Е.А. (Москва)

Одним из актуальных направлений по улучшению сексуального здоровья человека в России является подготовка высококвалифицированных специалистов в области сексологии. Среди них в РНСО работают:

Врачи-сексологи (медицинские сексологи), - люди с признанной профессиональной квалификацией в области психиатрии, специально подготовленные к сексологической практике.

Психологи-сексологи (или сексологи-консультанты) - это люди, имеющие официально признанную профессиональную квалификацию в области психологии или медицины, и подготовленные, в частности, к практике сексологического консультирования, то есть к предоставлению консультаций, рекомендаций и оказанию помощи в сфере личных, психологических, социальных, или духовных аспектов сексуальной жизни.

Хирурги-специалисты по сексуальному здоровью - люди с признанной медицинской квалификацией, имеющий специальную подготовку для предоставления хирургических услуг, связанных с сексуальным здоровьем.

Врачи-специалист по сексуальному здоровью - люди, имеющие официально признанную медицинскую квалификацию, и специально подготовленный для оказания медицинских услуг, связанных с сексуальным здоровьем.

Педагоги-сексологи - люди с признанной профессиональной квалификацией в сфере образования, подготовленные к сексологической практике, в частности, к предоставлению услуг по сексуальному образованию детям, подросткам, родителям, и лицам с особыми потребностями.

Сексологи-исследователи - люди, выполняющие любую исследовательскую деятельность, соответствующую этике, с использованием признанных методов, работы которого рецензируются, и предусматривают изучение сексуальности человека или животных.

Антропологи-сексологи, социологи-сексологи, философы-сексологи и др., - люди с признанным дипломом в области конкретной науки. Как правило, это те ученые, которые выбрали предмет своих изысканий в области сексологии.

Таким образом, проблемами сексологии в Российском научном сексологическом обществе (РНСО) занимаются различные категории специалистов. Из всех видов специальностей в области сексологии, о которых говорят в Евросоюзе, отечественные сексологи медленно, но уверенно, осваивают все.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ СЕКСОЛОГИИ: МОДЕЛИ ИНТЕРВЕНЦИЙ

Г.С. Кочарян (Харьков)

Гипносуггестивная терапия является эффективным методом лечения психогенных сексуальных расстройств. Выделяют следующие модели проведения терапии в гипнотическом состоянии (Г. С. Кочарян, 1994, 2007):

1. Гипносуггестивное программирование. Пациенту, находящемуся в гипнотическом состоянии, делаются внушения, программирующее нормальное протекание полового акта.

2. Гипносуггестивное моделирование. Этот вариант заключается в суггестивном моделировании в гипнотическом состоянии нормального осуществления коитуса. В основе лечебного эффекта лежит воображаемый позитивный опыт. К моделированию в гипнотическом состоянии относится и используемая нами техника, направленная на частичное «изменение биографии», которая обладает выраженным терапевтическим эффектом (Г. С. Кочарян, 2007).

3. Гипнокатарсис. Метод разработан Й. Брейером (1895). Субъекта в гипнотическом состоянии проводят через ранее пережитую им психотравмирующую ситуацию, например, изнасилование. В основе терапевтического эффекта лежит, как предполагается, освобождение от патогенной неотреагированной энергии, которая питает невротические симптомы.

4. Перемещение по шкале времени. *4.1. Регрессия. 4.1.1. Возрастная регрессия* заключается в том, что пациент видит себя в более раннем возрасте вплоть до самого раннего детства. При этом могут быть обнаружены причины, которые лежат в основе существующих в настоящее время проблем и расстройств, что само по себе может обладать мощным саногенным эффектом. *4.1.2. Регрессивный гипноз* базируется на концепции реинкарнации (повторного рождения), которая является одним из базовых положений в ряде религий и философских систем. Причину расстройства находят в «прежних воплощениях». С научной точки зрения для объяснения терапевтического эффекта регрессивного гипноза полезным может быть представление, согласно которому психика человека, погруженного под гипнозом в «предыдущие жизни», создает сюжеты-метафоры. Пережив происходящие в них события, пациент решает свои проблемы (Кочарян Г. С., 2007). *4.1.3. Возрастная прогрессия*. Пациента, находящегося в трансе, просят заглянуть в будущее, что может производить позитивный эффект. Так, человека, злоупотребляющего алкоголем, у которого имеет место вызванное этим сексуальное расстройство, можно попросить представить, что будет с его потенцией, если он будет продолжать в том же духе в течение последующих десяти лет. Затем ему предлагают представить, что произойдет, если он, напротив, в течение следующих десяти лет злоупотреблять алкоголем не будет. Возрастная прогрессия может укрепить решимость пациентов отказаться от этого злоупотребления.

СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВРАЧА-СЕКСОЛОГА

Е.А. Кульгавчук (Москва)

Мужчины при обращении на снижение либидо или эректильную дисфункцию часто ориентированы на поиск соматических причин, таких, как простатит и андрогенная недостаточность, и не хотят привлекать сексуального партнера к терапии. При сборе анамнеза нередко выяснялось, что при мастурбации степень эрекции достаточна для имиссии. Лишь после углубленной беседы, и понимания принципа парности в сексологии, многие соглашались пригласить на беседу партнера.

Клинически интересным явилась нередко выявляемая скрытая заинтересованностьженщины вснижении либидо у супруга. В результате подробного изучения анамнеза удавалось выяснить, что подобные установки базируются на тревоге, что супруг может уйти из семьи. В результате этих тревог женщины нередко внушали своим мужьям, что они уже не годятся для половой жизни, отмечались случаи намеренной фиксации своих мужей на неудачах.

В результате проведенной рациональной психотерапии, воссоздания платонической составляющей, тревоги женщин уходили на второй план, и они с готовностью выполнялироль сотерапевтов. Мужчина же получал возможность настроиться на близость, поскольку именно спешка, перфекционизм, и бездействие супругимешалиранее ему добиться естественной эрекции.

Комплексный подход с учетом психологических особенностей, возрастных норм, с использованием как терапевтических, так и психотеравевтических мероприятий, с элементами семейной терапии, позволяли нормализовать половую жизнь в более чем 80 процентах случаев. Ингибиторы ФДЭ-5 и гормонозаместительная терапия использовались лишь в случаях выраженной декомпенсации, что составило менее 20 процентов мужчин. Всем пациентам после нормализации половой жизни указывалось на необходимость ее регулярности, и рекомендовалосьпроведение в весенний или осенний период ежегодного профилактического курса с проведением ЛОД-терапии, а также курса специальной физиотерапии и гимнастики.

ЗНАЧЕНИЕ И РОЛЬ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Овсянников С.А., Кручинская Ю.Н. (Москва)

Половая конституция (ПК), являясь одним из проявлений общей конституции человека, детерминирует уровень индивидуальной сексуальной активности, сексуальное поведение и сопротивляемость в отражении патогенных факторов, обладающих избирательностью к половой сфере. Одним из таких факторов, является хроническая алкогольная интоксикация, среди осложнений которой у женщин является женская сексуальная дисфункция.

Целью исследования было изучение особенностей половой конституции женщин, страдающих алкоголизмом, и определение роли половой конституции в формировании сексуальных расстройств при алкоголизме.

Объектом исследования явились 94 женщины в возрасте от 25 до 50 лет, страдающие алкоголизмом и имеющие сексуальные расстройства вторичного по отношению к алкоголизму характера. Контрольную группу составили 27 женщин от 25 до 50 лет, не страдающие алкоголизмом и не имеющие половых расстройств.

В процессе сексологического метода, который был использован в исследовании, выявлялись специфические симптомы нарушений половых функций у исследуемых женщин, производился анализ особенностей соматополового и психосексуального развития, отдельных показателей половой конституции и её индексов (общего (ПК) и парциальных (Кг, Кс, Кф)).

Результаты исследования показали, что наиболее глубокие нарушения в сексуальной сфере отмечаются у больных, страдающих алкоголизмом 3 стадии, у которых при сравнении с группой контроля определялось снижение всех индексов половой конституции ($p \leq 0{,}01$), что клинически выражалось признаками сексуальной гипофункции. В результате проведенного исследования был сделан вывод, что процесс формирования сексуальных расстройств при алкоголизме определяется типом половой конституции больных. Для больных со слабой половой конституцией характерно дисгармоничное развитие сексуальности, быстрое формирование сексуальной дисфункции. Сильная половая конституция определяет гармоничное развитие сексуальности и сохранность сексуальной сферы больных, несмотря на наличие у них алкоголизма. Характер и выраженность половых расстройств у женщин, больных алкоголизмом, также определяется типом их половой конституции. Среди больных с сексуальной гиперфункцией преобладают лица со средней половой конституцией; для больных с признаками сексуальной гипофункции характерны слабая и ослабленный вариант средней ПК, для лиц без нарушения половой функции – средняя и сильная ПК.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ СВЕРХДЛИТЕЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ (ЭКСПЕРЕМЕНТ МАРС 500)

Покровский Ю.Л., Мякишева Ю.В. (Москва)

Эксперимент «Марс-500», моделирующий межпланетный полет на Марс, определяется рядом факторов, с которыми космонавтам в реальном полете и испытателям в модельных экспериментах еще не приходилось сталкиваться. Это: прежде всего: сверхдлительность эксперимента, полная автономность, лимитирован- ность ресурсов для обеспечения жизнедеятельности и выполнения текущих задач модельного эксперимента, задержка сигнала и отсутствие голосовой связи, напряженная экспериментальная программа, включающая моделирование эффектов невесомости и нахождения на поверхности планеты, выполнения научных задач, а также факторы космического полета известные и изучаемые в пилотируемых космических полетах и в модельных наземных экспериментах: монотонность условий жизни, значимость которой возрастает в сверхдлительном модельном эксперименте, длительное пребывание в замкнутом объеме, сенсорная депривация, которую в подобном эксперименте трудно скомпенсировать из-за задержки и ограничения поступающей информации с Земли.

Все перечисленные факторы негативно влияют на нервно-физическое состояние испытуемых, поэтому внедрение приемов психофизической саморегуляции, предполагает психопрофилактику возникающих нарушений.

Приемы разработанной психофизиологической саморегуляции дают возможность через аутосуггестию активно корректировать процессы в эмоционально-волевой и психовегетативной сфере человека; формировать, в процессе технологически правильного выполнения приемов формулы оздоровительного самовнушения и создавать целеобразующие позитивные установки с целью успешного решения поставленных задач, разрешения текущих проблем и ситуаций.

ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ В РАМКАХ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ ЙОГОЙ

Ю. П. Прокопенко (Москва)

Работа с телом создает уникальные возможности терапевтического воздействия «вне цензуры сознания», что повышает эффективность телесно-ориентированного подхода в психологической помощи – особенно, при использовании работы с движением, дыханием, мышечным тонусом, энергобалансом, с межличностными границами; с ощущением безопасности.

Эти принципы используются и в традиционной восточной медицине. Восточным практикам основоположники телесно-ориентированной терапии (Фельденкрайз, Райх, Лоуэн) придавали особое значение в своей работе.

Нами были проведены исследования на группе мужчин и женщин, практикующих парную йогу и проявляющих признаки депрессии, подтвержденной при помощи опросника Бека.

Группа наблюдаемых состояла из 11 мужчин в возрасте 26-49 лет и 12 женщин в возрасте 25-47 лет, никогда не обращавшихся к психиатрам и психотерапевтам. Депрессию 6 мужчин и 9 женщин связывали с семейно-сексуальной дисгармонией или с отсутствием сексуального партнера, а 5 мужчин и 3 женщин – с проблемами на работе.

Показатель по опроснику Бека в мужской группе составлял 26,6±2,8 балла, в женской 25,7±2,6 балла.

Исследуемые занимались парной йогой 1-2 раза в неделю на протяжении не менее 9 месяцев. Занятия включали в себя: хатха-йогу (использование статических поз – асан), парную йогу, пранаяму (специфическое дыхание), самомассаж и взаимный массаж.

Повторное исследование при помощи опросника Бека проводилось через год от начала регулярных занятий йогой. В I группе у 7 мужчин показатель был ниже 10 баллов (8,3±1,6), у 3 мужчин в пределах 12-21 баллов (16,4±3,3), у одного составил 24 баллов (при первом обследовании – 29 баллов). У всех мужчин отношения с близкими стали более спокойными, трое вступили в близкие отношения с женщинами.

Во II группе отмечено снижение показателя Бека ниже 15 баллов у всех женщин (в среднем 12,7±2,2), свое настроение и поведение оценивали как более упорядоченное и позитивное. 6 женщин за время наблюдения имели сексуальных партнеров.

Таким образом, регулярные занятия йогой могут быть рекомендованы для включения в комплексное лечение депрессии в качестве телесно-ориентированной терапии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГИБИТОРОВ ФДЭ-5

Д.Ю. Пушкарь, А.С.Сегал, Т.Н. Моисеенко (Москва)

Высокая эффективность, широкое применение и популярность ингибиторов ФДЭ-5 не исключает существенных недостатков идеологии их использования.

Полагаем, что от назначения ингибиторов ФДЭ-5 «по требованию» следует переходить к более широкому их применению. Эти препараты показаны всем мужчинам, отмечающим возрастное или ситуационное ухудшение эрекции и параллельное снижение сексуальной активности по сравнению с их индивидуальной нормой. Предлагаемый концептуальный подход в отличие от ныне принятого и состоящего в эпизодической коррекции эректильной недостаточности, обладает именно лечебным потенциалом. Его основой служат два положения:

Во-первых, использование минимально-эффективных доз препаратов группы ингибиторов ФДЭ-5 (подтверждением целесообразности служит производство этих лекарственных средств последние годы не только в больших, средних, но и малых дозах, например, левитра-5 мг).

Во-вторых, моделирование (восстановление) эпизодическими приемами ингибиторов ФДЭ-5 того уровня копулятивной активности, который был присущ субъекту в возрасте 30-40 лет, при наличии постоянного сексуального партнера, или до появления ЭД и депрессии половой жизни в целом.

Мы усматриваем следующие пути реализации лечебного и нормализующего сексуальную функцию воздействия этого подхода.

1. Прием ингибиторов ФДЭ-5 призван не только обеспечить реализацию конкретного сексуального эпизода, но также нормализовать копулятивную активность, предотвращая все негативные последствия детренированности половой системы. Ее влияние реализуется на всех уровнях этой сложной, иерархически организованной структуры, в том числе - эффекторном. Редкие и непродолжительные эрекции определяют гипоксию кавернозной ткани с постепенным замещением ее гладкомышечных и эластичных элементов фиброзными структурами.

2. Устраняются элементы тревоги и напряжения, сопровождающие у лиц с ЭД ожидание сексуального контакта.

3. Нормализация копулятивной функции мужчины ведет к улучшению межличностных отношений партнеров.

4. Регулярная, полноценная сексуальная активность оказывает положительное воздействие на сердечно - сосудистую, нервную и эндокринную системы и общее состояние организма мужчины.

Наш опыт свидетельствует, что полученные от врача сведения и осознание пациентом всех достоинств изложенной концепции в большинстве случаев полностью меняет его отношение к использованию ингибиторов ФДЭ-5 за счет формирования исключительно положительного и оптимистического настроя.

Дополнительные возможности применения ингибиторов ФДЭ-5 состоят в реализации способа лечения и профилактики эректильной дисфункции - «Модулируемая оксигенация кавернозной ткани - МЭОКТ» (А.С.Сегал, Д.Ю. Пушкарь, 2004 г.).

Полагаем, что широкое практическое использование данного подхода позволит задействовать все, в том числе до сих пор нереализованные потенции исключительно эффективной группы эректогенных лекарственных средств-ингибиторов ФДЭ-5.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ СЕКСУАЛИЗАЦИЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ ВОВЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА В РАННИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Соколова Л.А., Цымбал Е.И. (Москва)

По данным криминальной статистики в России ежегодно регистрируется около 10 тыс. сексуальных преступлений в отношении детей. Опыт работы Центра «ОЗОН», специализирующегося на оказании помощи детям, пострадавшим от насилия, 27-28% процентов детей, пострадавших от сексуальных посягательств, были вовлечены в них до достижения 7 лет. Для таких детей характерно не свойственное возрасту сексуально окрашенное поведение, называемое сексуализированным.

Несмотря на пристальное внимание к проблеме педофилии, практикам, не имеющим специальной подготовки, бывает сложно оценить причины сексуализированного поведения ребенка, а, следовательно, выявить детей, пострадавших от преступных посягательств.

Наш опыт позволяет выделить следующие основные причины сексуализированного поведения у детей:

1. Пребывание в неадекватной социальной среде
- недостаточный присмотр за ребенком, в результате которого в его свободном доступе оказываются порнографические материалы;
- сексуализированная среда, т.е. семья, в которой взрослые не скрывают от детей свои сексуальные отношения (в т.ч. вступают в половые сношения в их присутствии);
- спорадическое неадекватное поведение взрослых под влиянием употребления алкоголя или наркотиков (например, утрата контроля за допустимостью своего поведения), несмотря на отсутствие неадекватной сексуализированности в других, обыденных ситуациях;
- нарушение семейных границ (неадекватное осуществление ухода, гигиены, контроля за посещением туалета, совместное купание и т.п.) в отношении достаточно взрослых детей или подростков;

2. Медицинские проблемы: преждевременное половое созревание или наличие психических расстройств с расторможенностью влечений

3. Наличие психологических проблем, напрямую с сексуальной сферой не связанных (например, нехватка внимания, реакция на психическую травму или напряженную социальную ситуацию)

4. Криминальная сексуализация – длительное вовлечение ребенка в сексуальные взаимоотношения (со стороны взрослых либо других детей).

Таким образом, криминальная сексуализация является лишь одной из возможных причин нарушения сексуального поведения. Однако опыт работы специализированного Центра свидетельствует о том, что, в тех случаях, когда ребенок дошкольного или младшего школьного возраста демонстрирует сексуализированное поведение, зачастую оно бывает связано именно с криминальными обстоятельствами, что недооценивается специалистами, работающими с детьми.

В связи с этим существенное практическое значение приобретает выделение критериев, свидетельствующих именно о криминальной этиологии такого поведения. К указанным критериям можно отнести следующие:

- попытка ребенка имитировать половые сношения, особенно, акты мужеложства, фелляцию или кунилингус;
- направленность сексуально окрашенных действий на взрослых;
- использование принуждения для вовлечения детей в сексуальные отношения;
- стремление к наступлению сексуального возбуждения у партнера;
- неадекватная информированность о физиологии полового акта.

Яркость и стабильность нарушений сексуального поведения, наблюдавшегося у пострадавших детей, позволяет рассматривать их как важное доказательство вовлечения ребенка в криминальные сексуальные отношения со взрослым.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОРГАЗМИЧЕСКИМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

В.И. Шигапова, М.И. Ягубов (Москва)

Оргазмические дисфункции являются одним из наиболее распространенных сексуальных нарушений у женщин. Невозможность достижения оргазма зачастую ведет к дисгармонии половых и межличностных отношений между супругами, снижению частоты и ритма половых контактов и к возникновению аффективных нарушений.

Нами было предпринято исследование по изучению взаимосвязи оргазмических дисфункций и психических расстройств у женщин, анализ особенностей их формирования и клинической динамики с разработкой дифференцированных лечебно-реабилитационых мероприятий. В исследование были включены 105 пациенток женского пола в возрасте от 18 до 40 лет. Оценка и анализ психического и сексологического статуса больных осуществлялась как на момент обследования, так и динамике.

В результате комплексного обследования больные по характеру психической патологии были распределены в 3 клинические группы: I группа - пациентки с невротическими расстройствами в виде тревожно-депрессивного расстройства (33,3%), тревожно-фобического расстройства (15,3%), неврастении (51,3%). II группа - со специфическими расстройствами личности в виде шизоидного (35,8%), истерического (51,3%), тревожного (12,8%). III группа с шизотипическим расстройством (25,7%).

В группе с невротическими расстройствами парциальная аноргазмия отмечалась в 61,5% случаев, тотальная – в 23%, избирательная - 15,5%. В группе со специфическими расстройствами также преобладал парциальный вид аноргазмии – 69,2%, тотальная - 25,6%, избирательная – 5,2%. У больных шизотипическим расстройством преобладала тотальная аноргазмия (62,9%), а парциальная отмечалась в 33,3% случаев, избирательная наблюдалась лишь в 3,7% случаев.

Лечебно-реабилитационные мероприятия носили комплексный и этапный характер, с учетом особенностей партнерской ситуации. Лучшие результаты были достигнуты у пациенток I группы (76,9%), причем в 46,2% из них было достигнуто полное восстановление оргазмической функции($p<0.03$), в 25,5% наблюдалось значительное улучшение ($p<0.05$), а в 5,2% случаев – незначительное улучшение. У пациенток II группы положительные результаты были в 71,7% случаев (30,7% - полное восстановление ($p<0.05$), 20,5% - значительное улучшение ($p<0.05$), 20,5% - незначительное улучшение). В группе с шизотипическим расстройством в целом улучшение сексуальной функции в результате терапии достигнуто в 51,8% случаев ($p<0.05$), из них значительное улучшение произошло в 18,5% ($p<0.05$), незначительное улучшение – в 33,3%. Полного восстановления не отмечалось ни у одной пациентки.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ДИНАМИКА СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ, РАЗВИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Л.Н. Штарк, М.И. Ягубов (Москва)

С начала психофармакологической эры вопрос о соотношении негативного воздействия на сексуальную сферу самого психического заболевания (позитивной и негативной симптоматики), госпитализма, социальной стигматизации и нейролептиков остается открытым. Учитывая, что сохранение комплаенса является необходимым условием качественной терапии, изучение влияния антипсихотиков на сексуальную функцию становится неоспоримым.

Нами было предпринято исследование, целью которого являлось установление феноменологии и динамики сексуальных нарушений, развивающихся в процессе лечения современными антипсихотическими препаратами (оланзапин, рисперидон, кветиапин). Обследовано 60 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра мужского пола, обратившихся за помощью в 7 клиническое отделение МНИИП (дневной стационар), с длительностью психического заболевания до 5 лет (средний возраст – 23,7±1,1 года).

Методы: клинико-психопатологический, клинико-сексологический, клинико-эндокринологический.

Ретроспективно по анамнестическим данным удалось выявить, что значимое ($p<0,01$) ухудшение сексуальной функции (преимущественно в виде снижения влечения) наблюдается в период манифестации заболевания или экзацербации процесса. Прием исследуемых нейролептиков усугубляет сексуальные нарушения ($p<0,01$), но их структура, частота и динамика в фармакотерапевтических группах имеют отличия. Так кветиапин не вызывает расстройств семяизвержения, тогда как при приеме рисперидона и оланзапина – это довольно частая и тягостно переносимая патология (48% и 41% соответственно). В группах пациентов, принимающих рисперидон и оланзапин нарушения влечения и вторичные расстройства эрекции носили стойкий характер на протяжении всей купирующей терапии, а при приеме кветиапина – с 6-10 недели лечения наблюдалась обратная динамика (восстановление сексуальной функции).

Связи между сексуальными расстройствами и изменениями гормонального фона в группах рисперидона и оланзапина были подтверждены кластерным и корреляционным анализом. Была выявлена достоверная корреляционная связь сонливости-седации (по шкале UKU) с сексуальными расстройствами (по данным ASEX-шкалы) в группе кветиапина и отсутствие таковой в группах рисперидона и оланзапина.

Таким образом, в результате проведенного исследования, было установлено, что основными патогенетическими механизмами формирования сексуальных дисфункций при приеме рисперидона и оланзапина являются нейроэндокринные нарушения, а при лечении кветиапином – центральные-неспецифические изменения (сонливость-седация). Помимо этого, была подтверждена значимость клинических характеристик заболевания (возраст начала заболевания, его длительность, частота экзацербаций процесса, выраженность позитивной, негативной и депрессивной симптоматики), уровня социального функционирования и половой конституции в формировании сексуальных расстройств.

КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

М.И. Ягубов (Москва)

Анализ психического состояния 70 пациентов с резидуально-органической патологией головного мозга, обратившихся за сексологической помощью в отдел сексопатологии МНИИП, позволило в клинической картине помимо сексуальных дисфункций выделить выраженные астенические и соматовегетативные нарушения. У шести пациентов, наряду с этим наблюдались аффективные расстройства в виде эмоциональной лабильности с преобладанием депрессивных проявлений. Из неврологических симптомов были выявлены признаки избирательного вовлечения пирамидной иннервации дистальных отделов ног в виде инверсии рефлексогенных зон ахилловых рефлексов, избирательное снижение подошвенных рефлексов, нарушение глазодвигательной иннервации в виде анизокории. Выявленная неврологическая симптоматика и результаты электроэнцефалографического исследования головного мозга подтверждали органический генез имеющихся у больных психических расстройств.

При умеренной выраженности в клинической картине заболевания астенических нарушений и аффективных колебаний с преобладанием депрессивной симптоматики сексуальные дисфункции проявлялись снижением сексуального влечения (8,6%). Преждевременное семяизвержение (77,1%) и нарушение эрекции (14,3%) наблюдалось у больных с легкими церебрастеническими и сомато-вегетативными расстройствами. Средний показатель по шкале Гамильтона для больных с расстройством влечения составил 8,0 $\pm$ 1,0 баллов, для остальных больных с расстройством эрекции и эякуляции 4,0 $\pm$ 0,8 баллов. Эти данные свидетельствовали о том, что депрессивная симптоматика наблюдалась лишь у пациентов с расстройством либидо. Средний показатель по пунктам «общей астении» шкалы субъективной оценки астении (MFI-20) для больных с расстройством либидо составил 19,0$\pm$ 1,0 баллов (астения средней степени выраженности), для пациентов с расстройством эрекции - 13,4$\pm$ 1,1 баллов (астении легкой степени выраженности), а для пациентов с преждевременным семяизвержением - 13,8$\pm$ 1,9 баллов (астения легкой степени выраженности).

Лечебно-реабилитационные мероприятия больных с сексуальными дисфункциями в рамках резидуально-органической патологии головного мозга включали последовательное применение фармакотерапевтических (ноотропы, корректоры мозгового кровообращения, аминокислоты, транквилизаторы и антидепрессанты) и психотерапевтических методов (рациональной с элементами когнитивной и поведенческой терапии). Улучшение сексуальной функции при средней длительности лечения 2,6$\pm$0,4 месяцев было достигнуто в 82,9% случаев.

ВУЗ: ОТ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ СЕКСОЛОГИИ – К ЛИЧНОСТНОМУ РАЗВИТИЮ

О.К. Яценко (Кемерово)

О низком качестве высшего образования говорится много. Бесконечные реформы, с отходом от исконных традиций преподавания медицинских предметов, которые формируют клиническое мышление будущего врача, как творческий процесс его искусства в работе с больными людьми, все более теряются в их «не актуальности». Отечественная школа преподавания ориентированная на талантливость, вместе с людьми, свято хранившими наши приоритеты, уходит в прошлое. Соматические направления превращены в стандарты лечения. Сексологию с ее системным подходом, отодвинули в самый дальний угол, и завалили мешками виагр, и т.д. Начинать надо в освещении проблем сексологии студентам. Трудностей общения полов на современном этапе существования общества, психологически точно описанном гением Ф.И. Достоевским. Н.А. Бердяев определял это, как царство карамазовщины суживающее сознание до сладострастия, и ведущее к разрушению личности. Этот процесс удерживается десятилетия, на фоне потери категории ценности семьи. Сам предмет – сексология, не говоря уже о терапии половых расстройств любого уровня, заменен сегодня локализмом. Сексология несет в себе развитие способностей, заложенных в конкретном ученике, но преподнести знания по сексологии на должном уровне в России, пожалуй, могут не многие преподаватели. Отсюда и рассеянность по разным предметам, спекуляции на простатитах. В последние годы мы занимались постоянно оценкой нашей работы со студентами, что привело к получению следующих результатов: 1) – резко возрос интерес студентов к изучаемому предмету; 2) – посещаемость занятий составила 100%, несмотря на ограниченность в учебных часах самого предмета; 3) – студенты стали выделять высшие человеческие ценности, и строить возможности их разрешения, как проблем полового поведения на психологическом уровне; 4) – были отмечены посещения лекций сторонними студентами, наслышанным о необычном преподавании предмета; 5) – возрос интерес студентов к освоению других предметов, позволяющих более понять сексологию. Наш метод состоит в: 1. Побуждении к осмыслению смысла жизни. 2. Пробуждения интереса к ней (через интересные истории жизни и творчества преимущественно отечественных ученых, культурологов, социологов и т.д.), посвятивших себя изучению пола. 3. Саморазвитию и самовыражению при неформальном общении в группе. 4) Научении системному анализу сложившейся ситуации у пациентов с расстройствами сексуального здоровья (СЗ). Сексология – единственный предмет, который может глубоко проникать в личность каждого студента, с его неповторимыми индивидуальными особенностями. Каждый студент имеет право на свою точку зрения, а преподаватель заранее заявляет, что готов признать свою неправоту. Знания, полученные студентом, затем перейдут во врачебную практику. В беседе с каждым соматическим больным найдется время оценки его СЗ. Отсюда не стандартность подхода и появление показаний консультации сексолога с разрешением проблемы, требующей подбора соответствующей, не поддающейся влиянию «стандарта» психотерапии.

ПРОБЛЕМЫ АФФЕКТИВНЫХ, СТРЕССОВЫХ, СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

ФАКТОРЫ РИСКА САМОУБИЙСТВА РУССКОЯЗЫЧНЫХ В ЭСТОНИИ В СРАВНЕНИИ С ЭСТОНЦАМИ: СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ ИССЛЕДОВАНИЕ

K. Kõlves1, M. Sisask, L. Anion, A. Samm, A. Värnik (Таллинн, Эстония)

Цель: выявление различий факторов риска суицидов у русскоязычного и эстонцев, согласно социодемографических факторов, злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ), актуальными жизненными событиями (безработица, семейный разлад).

Методы: психологической аутопсии подвергнуты 427 суицидентов и столько же вошли в группу контроля с учетом места жительства, возраста, пола и национальности.

Результаты: логистическая регрессионная модель выявила единственную переменную, отличающую русскоязычных суицидентов от эстонцев – злоупотребление ПАВ (русские: OR 12,9; 4,2-39,2; эстонцы: 8,1; 3,9-16,4). В качестве фактора риска суицидов для эстонцев более значимы одиночество (OR 3,0; 1,6-5,5), безработица (OR 5,5; 2,0-15,4), для русских – соматические болезни (OR 4,1; 1,4-11,7), развод (OR 32,3; 2,9-364,1), смерть близкого (OR 0,2; 0,04-0,7).

Заключение: хотя прогностические факторы суицидов русскоязычных и эстонцев сходны, отмечены некоторые отличия в природе неблагоприятных жизненных событий. Более высокий уровень суицидов у русскоязычных по крайней мере отчасти связан с злоупотреблением ПАВ.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БИПОЛЯРНЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ II ТИПА

Р.Г. Акжигитов (Москва)

В последние годы рядом зарубежных исследователей все более пристальное внимание уделяется вопросам диагностики и лечения Биполярных аффективных расстройств (БАР). Принятое в DSM-IV деление БАР на I (с развернутыми маниакальными и депрессивными эпизодами) и II типы (хотя бы один депрессивный эпизод и хотя бы один гипоманиакальный) является недостаточным, т.к. различными авторами описаны и другие разновидности биполярных нарушений. В связи с этим, в настоящее время общепринятым стало понятие «расстройств биполярного спектра», объединившее в себя не только собственно биполярные аффективные расстройства, но и состояния, в структуре которых есть хотя бы косвенные, но доказанные указания на наличие биполярности (отягощенная наследственность, инверсия аффекта в ответ на прием антидепрессантов, депрессия у гипертимной личности и др.). Считается, что в случаях обращения за медицинской помощью таких пациентов с симптомами депрессии, им следует проводить терапию нормотимиками, а не антидепрессантами.

Учитывая изложенное, нами проведено исследование, целью которого явилось выявление признаков биполярности среди стационарных больных, госпитализированных в СКБ №8 им. З.П. Соловьева – «Клинику неврозов» с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство» F 33. Для этого было обследовано 300 пациентов (200 женщин и 100 мужчин). Критериями включения являлись следующие: возраст 18–65 лет, подписанное информированное согласие, длительность основного заболевания 3 года и более, наличие в анамнезе двух и более эпизодов заболевания. Критериями исключения были: актуальный диагноз биполярного аффективного расстройства; аффективная патология органической природы или вследствие интоксикации. Гипомания диагностирована в анамнезе у 111 (37%) обследованных пациентов (74 женщины и 37 мужчин), в связи с чем диагностировано БАР II и в схемы лечения добавлены нормотимики (карбамазепин, ламотриджин) или атипичный нейролептик кветиапин. Кроме фармакотерапии схема лечения включала в себя психотерапевтические (групповая и индивидуальная психотерапия, многоступенчатая аутогенная тренировка и др.) и нелекарственные (двигательные, физиотерапевтические, рефлексотерапевтические и пр.) методики «Клиники неврозов». Во всех случаях удалось достичь положительных результатов лечения с достижением выраженного улучшения состояния больных без инверсии аффекта. У лиц, не имевших ранее инвалидность, была восстановлена трудоспособность.

ГЛУБИННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РИСКА АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С ЛИЧНОСТНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Л.С. Архангельская (Москва)

Суицидальное поведение свойственно лицам с пограничными и нарциссическими личностными нарушениями, не способным вербализовать и дифференцировать аутодеструктивные желания. Иногда они повторяют суицидальное поведение близких и живут по стереотипу навязанной предками судьбы. Для предупреждения суицидного сценария важно помочь индивиду психологически повзрослеть: развить способность к рефлексии, к осознанию и проработке собственных чувств и эмоций, обучить поиску альтернатив решения кризисных ситуаций, что позволяет снизить риск аутоагрессивного отыгрывания.

Цель исследования: определение факторов риска аутоагрессивного поведения лиц с личностными нарушениями.

Материалы и методы: посредством Торонтского Алекситимического Теста (TAS) и теста Сонди. обследованы 50 больных с личностными расстройствами и 122 студентов старших курсов ВУЗа с повышенным алекситимическим индексом (контрольная группа).

Результаты: больные выявили неудовлетворенность в отношениях привязанности, любви, приведшей к разочарованию в партнере. Негативные чувства разряжались в садистическом отыгрывании. Отмечены негативное отношение к себе и миру, фиксация на первичном объекте (матери), отказ от активности. В сфере «Я» обнаружен феномен «застывания психической жизни».

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КОНВЕРСИОННЫХ РАССТРОЙСТВ

А.О. Асанов (Нальчик)

Исследование клинико-динамических особенностей течения и терапии конверсионных расстройств в отделении пограничных состояний психоневрологического диспансера МЗ КБР в период с 2004 по 2011 годы позволило определить некоторые существенные факторы, влияющие на успешность терапии и профилактики указанных расстройств.

Ведущие роли в этиопатогенетических аспектах развития конверсионных расстройств играют психогенный фактор, являющийся триггером и личностные особенности пациента. Тщательный анализ анамнеза заболевания и клинической картины конверсионных расстройств у более 300 пациентов позволил определить, что выраженность конверсионных расстройств, а также клиника расстройств в континууме «невротическая реакция – невротическое состояние – невротическое развитие», тесно связана с субъективным отношением пациента к самой психогении и «завершенности» воздействия психогении (т. е разрешения ситуации). Так при терапии конверсионных реакций или расстройств после психотравмирующих обстоятельств, которые завершились, успешно использовались транквилизаторы в сочетании с психотерапией, в случаях, когда сложившиеся психотравмирующие обстоятельства продолжались и психоэмоциональное напряжение пациентов сохранялось, для терапии были необходимы антидепрессанты и в некоторых случаях нейролептики в сочетании с транквилизаторами и психотерапией. С учетом этнокультуральных особенностей региона в субъективной оценке стратегии терапии пациентами значительное предпочтение отдавалось инъекционному введению препаратов, воспринимающееся как более «мощное» лечение.

Часто ведущую роль в терапии, и особенно профилактике конверсионных расстройств оказывала индивидуальная рациональная психотерапия. Некоторое понимание механизмов развития расстройства способствовало снижению выраженности расстройств и повторению их вновь.

Таким образом, терапия конверсионных расстройств складывается из медикаментозных и психотерапевтических компонентов с учетом личностных и клинико-динамических особенностей расстройств.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОГРАНИЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

И.Е. Бабушкин (Барнаул)

Гемофилия как одно из самых тяжелых неизлечимых генетических заболеваний, приводящее к ранней инвалидизации больных и частым осложнениям, обуславливает наличие постоянной психотравмирующей ситуации.

Цель исследования - выявление нарушений психосоматического статуса у больных гемофилией в сравнении с пациентами с ограниченными двигательными возможностями и популяционной нормой.

Материалы и методы. Исследовано 305 человек мужского пола, из них в основную группу вошли 50 больных гемофилией А, с тяжелой и крайне тяжелой степенью заболевания, находившиеся на стационарном лечении по поводу рецидивирующих гемартрозов, 52 больных терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН), 52 больных детским церебральным параличом (ДЦП). Контрольную группу составили 150 здоровых лиц. Группы были рандомизированны по всем основным параметрам. Использовался набор психодиагностических методик, включающий ММИЛ, ШРЛТ Спилбергера-Ханина, самооценочную шкалу депрессии Зунга, тест отношения к болезни.

Результаты. Показатели субшкал реактивной и личностной тревожности в исследуемой группе и группах сравнения были выше показателя, полученного в группе здоровых лиц. Выраженность самооценки депрессивного состояния у больных ХПН была выше критического значения методики и значительно превышала аналогичный показатель у больных гемофилией. В группе больных ДЦП уровень депрессивного состояния не выходил за «критический порог» значения методики. Профиль личности больных гемофилией преобладал по 6, 7, 8 шкалам теста ММИЛ. У больных ХПН высота профиля личности преобладала на шкалах т.н. «невротической триады» (1, 2 и 3). Профиль личности больных ДЦП находился в средненормативном коридоре значений.

Типы отношений к своему заболеванию и микросоциуму у больных гемофилией зависели от их возраста и были достаточно очерченными лишь при крайне тяжелой степени заболевания (преобладали сенситивный и паранойяльный типы). У больных ХПН ведущими типами отношения к болезни были дисфорический, апатический и тревожный. У больных ДЦП преобладающих типов отношения выявлено не было.

Заключение. Тяжелая соматопсихическая патология во всех группах обуславливает близость личностных черт и характеризуется преобладанием тревожно-депрессивного фона настроения. Наиболее выражены эти изменения в группе больных с ХПН, в наименьшей степени - в группе с ДЦП; больные гемофилией занимают по этим характеристикам промежуточное положение.

ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ

Л.В.Князева, В.В.Бакланов (Сыктывкар)

За первое полугодие 2011 г. уровень суицидов в Республике Коми (РК) составил 39,5 на 100 тыс. населения, против 23,4 (2010 г.) в среднем в РФ. Наибольшее количество самоубийств в РК до 2007 г. приходилось на мужчин 35-44 лет и женщин 45-54 лет, но с 2008 г. пик самоубийств у мужчин сместился на более молодой возраст: 25-34 и 15-24 лет соответственно. Минимален показатель среди женского городского населения: 11,6, но наиболее уязвимы к суицидальному поведению мужчины в сельской местности: 133,4. Взаимосвязь между уровнем психических расстройств непсихотического характера и суицидов особенно значима среди мужского городского населения. Суицидологическая помощь в РК организована в соответствии с Приказом Минздрава России № 148 от 06.05.1998, Приказом Минздрава Республики Коми "Об организации суицидологической помощи населению Республики Коми" от 2007 г. (последняя редакция 2009 г.), более 11 лет работает «Телефон доверия».

В Сыктывкаре установлен порядок оказания медицинской помощи лицам, совершившим суицидальную попытку, объединяющий усилия муниципальных учреждений здравоохранения, городской станции скорой медицинской помощи и Республиканской психиатрической больницы. Типовые проблемы суицидологической помощи, неудовлетворительная ее эффективность требует разработки программы превенции суицидов на региональном уровне, реализация которой должна лечь не только на плечи медицинских учреждений, но и вовлечь в себя все ресурсы общества.

Авторы	Место работы	Должность	Контакты
Князева Лариса Викториновна	Государственное учреждение «Коми Республиканская Психиатрическая больница»	Главный врач	Адрес: 167019, Республика Коми, г.Сыктывкар, ул.Эжвинская, 1А тел. 8(8212)665469 komirpb@gmail.com
Бакланов Вячеслав Владимирович	Государственное учреждение «Коми Республиканская Психиатрическая больница»	Заместитель главного врача по организационно-методической работе	Адрес: 167019, Республика Коми, г.Сыктывкар, ул.Эжвинская, 1А тел. 8(8212)665469 omo.komirpb@gmail.com

ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Г.С. Банников (Москва)

Цели исследования: изучение факторов риска самоубийства сотрудников МВД.

Материалы и методы. Изучены ретроспективно отчеты, психологические заключения 19 суицидентов (17 мужчин) в возрасте 31 год (медиана). Все имели положительные служебные характеристики. Ни один не наблюдался у психолога и не входил в группу риска психиатра ведомственной поликлиники.

Результаты. Выделены следующие «суицидальные комплексы»: 1) проблемы межличностных взаимоотношений (конфликты в семье, на работе, с любимым) у личностей с сочетанием противоположных по направленности черт: импульсивность – застреваемость, демонстративность – скрытность (31,5%); 2) сочетание одного и более тяжелых, психотравмирующих событий, рассматриваемые суицидентом неразрешимыми (проблемы на работе, судебное разбирательство, тяжелое заболевание близкого), приводящие к тяжелым психическим срывам (21%); 3) комплекс факторов с ведущей ролью психического расстройства (26,3%): в двух случаях расстройство развилось в течение суток до самоубийства и в трех наблюдениях – в течение длительного времени. В одном случае предположено эмоционально-неустойчивое расстройство личности с игровой зависимостью, в двух - аффективные расстройства.

Выводы. В большинстве случаев мотивы суицидальных действий сотрудников МВД представлены устойчивыми сочетаниями ряда сфер конфликтов («суицидальных комплексов»). Наиболее часты семейные неурядицы на фоне злоупотребления алкоголем, сочетание конфликта в семье с конфликтом на работе, семейные конфликты на фоне соматического или психического заболевания. Знание «суицидальных комплексов» и возможной динамики их развития может помочь в организации профилактических мероприятий и своевременных кризисных вмешательств.

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю.Б. Барыльник, Е.В. Бачило (Саратов)

Уровень суицидов в Саратовской области (Со) в последние годы высок. В 2010 г. в Со зарегистрирован суммарный уровень суицидов и суицидальных попыток 61,7.

Цели работы: изучение динамики завершенных и незавершенных суицидов в Со в 2001-2010 гг., оценка влияния уровня безработицы и алкоголизации населения на суицидальное поведение. Разработаны опросники для районных психиатров, данные которых позволили оценить суицидологическую и наркологическую ситуацию в районах Со. Привлечены отчеты Министерства занятости, труда и миграции Со («Мониторинг рынка труда Саратовской области») за анализируемый период времени.

Результаты: выделены наиболее «неблагополучные» районы Со, в которых отмечены пики суицидальной активности населения по сравнению с региональным среднестатистическим уровнем. Выявлены корреляционные взаимосвязи между уровнями суицидов, безработицы и алкоголизации населения. Уровни безработицы и алкоголизации населения значимы, но не ведущие факторы риска суицидов на популяционном уровне. Значение того или иного фактора риска зависит от конкретного района области. Выделенные предикторы войдут в «Карту предикторов суицидального риска на территории Саратовской области» и позволят разработать направления совершенствования областной суицидологической помощи.

ПСИХОГИГИЕНА СОТРУДНИКОВ ПОЛИЦИИ

К.В. Безчасный (Москва)

Распространенность психических расстройств непосредственно связана с интенсивностью психосоциального стресса. По данным ЦВВК МВД, количество невротических расстройств сотрудников полиции выросло на 33%. Пик заболеваемости приходится на период относительной стабилизации, когда начинается процесс адаптации к неблагоприятным условиям среды. В этом ключе состояние здоровья сотрудников полиции является социальной проблемой, приобретающей особую актуальность в связи с волной экстремизма в мире. Изучение условий формирования пограничных психических расстройств, предполагает психогигиеническую оценку деятельности полицейских. Особую значимость представляют выявление факторов риска психических нарушений, динамические аспекты психической адаптации и их взаимосвязь с личностными характеристиками сотрудников полиции. Формирование механизма долгосрочной адаптации не гарантирует защиту организма от экстремального воздействия: в одних случаях острая стрессовая реакция купируется с помощью защитно-приспособительных механизмов, и сотрудники продолжают выполнять профессиональные обязанности, в других – трансформируются в психические расстройства, требующие амбулаторного или стационарного лечения. В этой связи интересна модель первичной профилактики пограничных психических расстройств, подразумевающая расширение резервов и обогащение арсенала психической адаптации. Важным ее компонентом служит формирование здорового образа жизни, в первую очередь, за счет выработки соответствующих стилей поведения, направленных на повышение переносимости психосоциального дистресса, исключают злоупотребление алкоголем и табаком, способствуют соблюдению режимов здорового питания и физической активности. Оптимальна психогигиеническая работа в группах повышенного риска при выявлении лиц, предрасположенных к психосоматическому реагированию. Исследования осуществляются в двух направлениях: изучаются факторы предрасположения, включая личностные особенности больных, и факторы, провоцирующие расстройство. Заслуживают внимания эмоционально-лабильные, тревожные, алекситимичные и перфекционистские личности. Ежегодная диспансеризация сотрудников позволяет выявление вегетативно-соматических дисфункций (гипертензий, гипотоний, экстрасистолий, избыточной массы тела) и обосновывает необходимость разработки программ оптимизации медицинской помощи сотрудникам полиции с опорой на психогигиенические мероприятия, развитие эффективной системы динамического наблюдения. Однако психогигиенические мероприятия не будут результативны без эффективной пропаганды медико-психологических знаний, предусматривающих формирование представлений о здоровом образе жизни у сотрудников полиции.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

А.Е. Бобров, Е.В. Файзрахманова (Москва)

Дифференцированная оценка тревожных расстройств остается одной из актуальных проблем психиатрии. **Цель исследования** – сопоставительное изучение клинических, поведенческих и когнитивно-стилевых особенностей больных паническим расстройством (ПР), агорафобией (АФ) и генерализованной тревогой (ГТР).

Методы: клиническая оценка по критериям МКБ-10, Методика многостороннего исследования личности и Репертуарный матричный тест. Было обследовано 77 пациентов (12 мужчин, 65 женщин), а также 23 здоровых человека контрольной группы (4 мужчин и 19 женщин).

Результаты: Состояние больных ГТР характеризуется неглубокой степенью нарушений адаптации, значительным количеством психовегетативных проявлений. В когнитивной сфере обнаруживается преимущественно оценочное и недифференцированное восприятия реальности. Поведение больных ПР определяется истеро-ипохондрическим типом реагирования с диссоциацией, деперсонализацией и концептуализацией. Когнитивно-стилевые особенности этих больных определяются снижением способности к предметной категоризации и дисбалансоммежду предметной и описательной категоризацией. При АФ отмечается соматоформная, импульсивно-протестная и деперсонализационная симптоматика с частичной блокадой побуждений и признаками вторичной депрессии. Когнитивный стиль таких больных характеризуется тотальным снижением способности к категоризации объектов и их свойств. ОКР определяется амбивалентным поведенческим паттерном с соматоформной и патохарактерологической симптоматикой. При этом, как и при АФ, имеет место обеднение и предметной, и описательной категоризации.

Заключение: различные варианты тревожных расстройств имеют не только симптоматические, но и существенные поведенческие и когнитивно-стилевые отличия.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ДИНАМИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ

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

Соматизированные расстройства (СР) являются не только медицинской, но и социально-экономической проблемой ((Т.Б. Дмитриева, 1998; М.Ю. Дробижев, 2002; В.Я. Семке с соавт., 2003). Практические наблюдения свидетельствуют о трудностях терапии психических расстройств, проявляющихся соматическими симптомами (Б.В. Михайлов с соавт., 2001; Е.М. Райзман, 2004; Н.В. Маслова с соавт., 2008). Целью исследования являлось изучение клинико-психопатологических, клинико-динамических особенностей СР и разработка дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий. В 2009-2011 гг. в дневных стационарах Курского клинического психоневрологического диспансера были обследованы 110 больных СР. Использовали клинико-психопатологический (указания МКБ-10 (F 45.0) и DSM-III-R), клинико-динамический, клинико-катамнестический и статистический методы. Больные СР были разделены на три клинические группы в зависимости от динамического варианта (А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская, 2008): первая – больные с соматизированной реакцией, вторая – больные с соматизированным состоянием, третья – с соматизированным развитием личности. Особенности психофармакотерапии соматизированных реакций определялись их небольшой продолжительностью, доминированием соматизированных симптомов, сочетающихся с астеническими, тревожно-фобическими и ипохондрическими включениями. Для купирования острой симптоматики использовали введение диазепама в сочетании с приемом трициклических антидепрессантов – азафена и коаксила. Спустя 2-3 недели возможна замена транквилизатора диазепама сонапаксом. Продолжительное течение соматизированного состояния делает невозможным длительный прием транквилизаторов. Противотревожный эффект (тревога лежит в основе соматизированных симптомов) у больных достигался «мягкими» нейролептиками (сонапаксом, эглонилом) или антидепрессантами с седативным и сбалансированным эффектом (пароксетин, циталопрам, миансерин). Терапия соматизированного развития личности строилась с учетом формирования у больных патохарактерологических расстройств. Здесь акцент делался на воздействие на соматизированные симптомы (антидепрессанты флувоксамин, сертралин) и коррекцию патохарактерологических расстройств (нейролептики – хлорпротиксен и неулептил). Терапевтическая программа для больных СР должна включать психофармакологические и психотерапевтические мероприятия, дифференцированные с учетом клинико-психопатологических особенностей СР и его динамического варианта, в ряде случаев дополняться методами социальной реабилитации и реадаптации.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Е.О. Бойко, Л. Е.Ложникова (Краснодар), М.В. Злоказова (Киров)

Уровень суицидов (С) в Краснодарском крае почти в двое меньше чем в Кировской области (21,8 и 40 на 100.000 чел. соответственно), однако среднестатистические данные недостаточно отражают риск суицидального поведения в отдельных возрастных и социальных группах.

Цель исследования: выявление риска суицидального поведения студентов-медиков.

Материалы и методы. Невыборочно по шкале «Оценка суицидальности» (Н.А.Корнетов) опрошены сходные группы студентов I-го курса Кировской ГМА 106 студентов (23,6% юноши) (выборка I), в выборке (II) Кубанского ГМУ 221 студент (26,7% юношей) 17-23 лет. Контрольной группой выборки I стали 104 студента КГМА 6 курса (6,8% юношей) в возрасте 23-30 лет.

Результаты. В выборках сходные доли (14% и 16%) юношей за последнюю неделю хотели умереть при вдвое большей доле в выборке II (22,2 и 11,7%, $p<0,001$) девушек; частота мыслей о С сходна: (12% 8,5%) у юношей и (18,5% и 16,7%) у девушек, но в выборке I хотели причинить себе вред почти в 5 раз больше юношей (24% и 5,1%) и почти в 4 раза (32,1 и 8,6%) - девушек; план С в этой выборке был почти в 5 раз чаще (16% и 3,4%) у юношей и почти вдвое (8,6% и 4,9%) у девушек. Попытку С в прошлом отметили сходная доля (8%) юношей, но вдвое больше (7,4% и 3,7%) девушек в выборке I. Курили сходные доли (40% и 33,9%) юношей и (9,9 и 14,8%) девушек; сходные доли (56% и 42,4%) юношей употребляли спиртное до 12 доз (банка пива или 200 г. сухого вина или 50 мл водки) в неделю, но в выборке I – втрое чаще (74% и 28,3%, $p<0,001$) девушки; сходные доли (28% и 32,2%) юношей знают употребляющих наркотики, но вдвое больше (21% и 41,9%) девушек в выборке II; втрое чаще юноши выборки II (8% и 25,4%) при сходной частоте девушек (8,6% и 10,5%) отметили опыт приема гашиша, марихуаны, для «поднятия тонуса» и/или за компанию. За последнюю неделю в выборке 6-го курса 18,1% юношей и 8,6% девушек хотели умереть; думали о С 9,1% юношей и 2,2% девушек; хотели причинить себе вред 4,5% юношей и 7,5% девушек; был план С у 2,2% девушек; совершали попытку С 9,1% юношей и 1,1% девушек. Курили 18% юношей и 3,2% девушек; 81,8% юношей и 46,2% девушек употребляли спиртное до 12 доз; 18% юношей и 10,8% девушек знали употребляющих наркотики, у 27,2% юношей и 5,4% девушек опыт приема наркотиков (гашиш, марихуана) «для развлечения» или «за компанию». Различия суицидального поведения между полами контрольной выборки и при сравнении с выборкой I курса в Кировской ГМА достоверны ($p<0,001$). Тренд снижения (с поправкой на меньшую долю юношей в контрольной выборке) риска суицидального поведения студентов к окончанию учебы отчасти объясним и отсевом наиболее социально и клинически уязвимых студентов и меньшим стрессом учебного процесса.

Выводы: уровень суицидального и саморазрушающего поведения студентов, выбравших профессию с высоким уровнем риска выгорания и суицида, требует внедрения программы превенции кризисных состояний в ВУЗах.

ПРЕДСТАВЛЕННОСТЬ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМОРФНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Ваксман А.В. (Москва)

Одной из актуальных проблем современной психиатрии является диагностика и лечение сочетания депрессивных состояний и соматической патологии.

Обследовано 100 больных в условиях стационарного отделения Московского НИИ психиатрии, психическое состояние которых оценивалось как аффективное (депрессивное) расстройство по критериям МКБ-10 (F 3). Из них: биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод F 31.3 — 18%, депрессивный эпизод умеренной степени тяжести F 32.1 — 11%, рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести F 33.1 — 50%, хроническое аффективное расстройство F 34 — 20%. 64 женщины (средний возраст 40,9 лет), 36 мужчин (средний возраст 33,7 лет). Методы исследования: клинико-психопатологический, статистический.

Соматическая отягощенность выявлена у 75% больных. 41% имели 1 сопутствующее заболевание, 21% — 2 заболевания, 13% — 3 заболевания. Наиболее часто диагностировался синдром вегето-сосудистой дистонии — 36%. В 26% наблюдений присутствовал хронический холецистит, в 14% дискинезия желчных путей, в 13% артериальная гипертензия. Другие заболевания встречались в 5 и менее %. Патология эндокринной сферы отмечена в 33%. При этом нарушения гормонопродуцирующей функции выявлено в 17% (13% снижение и 4% повышение). Органическая отягощенность отмечалась в 19% наблюдений: 10% - последствия черепно-мозговой травмы, 7% дисциркуляторная энцефалопатия, 2% - перинатальная патология.

Выводы: Частое наличие сопутствующей патологии может усложнять диагностическое трактование части жалоб пациентов и имеющейся симптоматики и предъявляет следующие требования к совместной работе психиатров и врачей других специальностей. 1. Тщательный анализ состояния больного с избеганием как гипер- так и гиподиагностики. 2. Взвешенный подход к назначению дополнительной лекарственной терапии.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ИХ ПАЦИЕНТОВ

С.В. Ваулин, М.В. Алексеева (Смоленск)

Фармакологическое вмешательство при суицидоопасных состояниях направлено на широкий спектр психических расстройств от пограничного до психотического уровня, которые приводят пациента к социально-личностной дезадаптации (по А.Г.Амбрумовой). На практике лекарственная терапия нередко остается базисной или, к сожалению, единственной формой предупреждения суицидального поведения.

Цель исследования: изучены предпочтения психиатров Смоленской, Брянской, Калужской и Орловской областей при выборе фармакотерапии суицидального поведения.

Результаты. Психиатры недостаточно информированы в сфере терапии суицидального поведения. При высоком суицидальном риске психиатры предпочитали антидепрессанты амитриптилин (35,2%), флуоксетин (32,4%), пароксетин (26,9%). Из антипсихотических средств чаще назначался галоперидол – 37,0%, кветиапин – 35,2%, хлорпротиксен – 31,5% и рисперидон – 30,6%; 21,3% врачей в качестве препарата выбора называли хлорпромазин. Достаточно вариабельны сроки фармакотерапии.

Заключение. Актуальной остается проблема разработки клинических рекомендаций терапии психических расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КРИЗИСНОЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ

И.А. Виноградова (Москва)

Кризисное психическое состояние как условие суицидогенеза (А.Г.Амбрумова, 1986) в результате субъективно значимой и тяжело переносимой психической травмы или угрозы психотравмирующей ситуации характеризуется чувством беспокойства, тревоги; фиксацией на психотравмирующей ситуации, переживаниями собственной несостоятельности, беспомощности, безнадежности; пессимистической самооценкой, текущей ситуации и будущего; затруднениями в планировании деятельности. Кризисная помощь включает психотерапевтическую работу с научно доказательной эффективностью (когнитивная, когнитивно-бихевиоральная психотерапия). Важны изменение структуры ценностей, системы убеждений, смыслов, картины мира пациента, коррекция дезадаптивных когнитивных механизмов. Эти ключевые моменты в возникновении, развитии и проявлении (содержании) кризисного состояния – поле деятельности клинического психолога. Необходима подготовка специалистов, включающая психиатрическое, психологическое, психодиагностическое и философское звенья в рамках постдипломного образования Активность социальной рекламы, СМИ способствовали пониманию гражданами необходимости при психотравмирующих, кризисных ситуациях обращения к психологам, психотерапевтам, психиатрам. Лишь в крупных городах телефоны доверия, кабинеты психологической помощи по необходимости направляют пациентов в кризисные стационары. Информированность врачей общей практики, педагогов, юристов, социальных работников о ресурсах помощи недостаточна, что задерживает ее оказание и снижает эффективность. Особой проблемой в работе с кризисными пациентами является фрагментарность оказания последовательной помощи. В стационаре начинается коррекция личностно обусловленных деструктивных факторов, но переформирование индивидуально-личностных особенностей - долгий процесс. В стационаре у пациентов устанавливаются терапевтические отношения с конкретными врачами и клиническими психологами, в силу чего пациенты отказываются от лечения в других учреждениях. Любой кризисный стационар должен обеспечить и амбулаторную помощь своими же специалистами. Понятие эффективности лечебно-реабилитационной помощи многоуровневое. Если объект лечебной деятельности – больной, критерием эффективности будет смещение показателей континуума «болезнь – здоровье». Стандартизированная оценка нужна при первичном обращении, по завершении лечения, в катамнезе 6-18 мес. Отдельной задачей становится комплектование наборов скрининговых психодиагностических средств для лечебных учреждений.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

О.П. Ворсина (Иркутск)

Цель: клинико-эпидемиологическое и медико-социальное изучение детей и подростков Иркутска, совершивших суицидальные попытки.

Материалы и методы: эпидемиологически изучены 93 пациента (мужского пола 45,2%) детского и подросткового возраста, совершившие суицидальные попытки и госпитализированные по этому поводу в Иркутскую ОКПБ №1 в 2006-2010 гг. Подавляющая доля (74,2%) пациентов – подростки 15-19 лет.

Результаты. Наибольшее число суицидальных попыток у юношей 18 лет (26,2%) и девушек 17 лет (25,5%). Лишь у четверти суицидентов семьи были полными. У половины суицидентов наблюдались те или иные формы отклоняющегося поведения, в том числе злоупотребление психоактивными веществами. У всех детей и подростков диагностированы психические расстройства, большей частью аффективные расстройства и расстройства поведения. Большинство (2/3) суицидентов ранее не попадали в поле зрения психиатров. Наиболее суицидогенными являлись семейные конфликты, конфликты со сверстниками и любовные конфликты. Ведущими мотивами суицидального поведения детей и подростков являлись «протест» и «призыв». Ведущими способами суицидальных попыток стало нанесение колото-резаных ран (1/3) и отравление лекарственными препаратами (1/3). Девочки и девушки чаще выбирали отравление медикаментами; мальчики, юноши чаще прибегали к самопорезам. Наибольшее число суицидальных попыток предпринято зимой, наименьшее – летом.

Выводы. Необходима разработка дифференцированных программ кризисных вмешательств с включением семейной психотерапии (семейного психологического консультирования), позволяющих повысить снизить риск повторных суицидальных действий детей и подростков.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

А.К. Гажа, М.А. Горкина, Ю.С. Тареева (Тамбов)

Условия военной службы могут способствовать социально-личностной дезадаптации уязвимой личности.

Цель исследования: изучение личностных особенностей военнослужащих срочной службы с суицидальными попытками, бывших на обследование в Тамбовской психиатрической больнице.

Материалы и методы. Клинико-психологически обследованы 28 солдат; 46% совершили суицидальные попытки или имели суицидальные намерения. Большая часть (76,7%) из них отслужила менее 6 месяцев.

Результаты. Причины суицидального поведения 85,7% связали с непосильными физическими нагрузками, унижениями и недоброжелательными отношениями в армейском коллективе; 14,2% указали на семейно- бытовые неурядицы (тоска по дому, разрыв с девушкой). У 40% испытуемых с суицидальным поведением выявлена акцентуация характера по эпилептоидно-застревающему (49,4%), неустойчивому (16,7%), демонстративному (15%), тревожному (18,9%) типами. У 26,6% состояние определено легкой или умеренной, у 6,7 % – выраженной депрессией. У 46,6% отмечены высокие показатели личностной, у 13,3% реактивной тревожности. Заниженный показатель самооценки отмечен у 53%, у 13% обследованных – необоснованное завышение этого показателя.

Заключение. В первые месяцы службы высок риск суицидального поведения военнослужащих срочной службы. Военнослужащие отличаются личностными акцентуациями, депрессивностью, высоким уровнем тревожности, заниженной или необоснованно завышенной самооценкой.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛИМЕНТАРНО - КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИИ

Н.В. Гегель (Москва)

Алиментарно – конституциоальное ожирение часто сопровождается наличием психических расстройств. Однако структура сопутствующей ожирению психической патологии недостаточно изучена. **Цель работы:** определение характеристик психических расстройств при алиментарно – конституциональном ожирении.

Материал: 60 больных алиментарно – конституциональным ожирением, обратившихся за помощью к эндокринологу (45 женщин, 17 мужчин) в возрасте 35 ± 12 лет и длительностью заболевания 16 ±9,2 лет. Среднее значение индекса массы тела (ИМТ) составило 39,8 ± 6,1.

Методы исследования: клинико-психопатологическое обследование.

В результате клинико – психопатологического обследования у всех 62 пациентов были выявлены психические расстройства. У 13 человек (21,0%) диагностировано генерализованное тревожное расстройство, у 6 (9,7%) - социальная фобия, у 2 (3,2.%) – специфические фобии, у 2 (3,2.%) – паническое расстройство, у 6 (9,7.%) – депрессивный эпизод, у 11 (17,7%) – расстройство адаптации, у …(…%) – специфические фобии, у 10 (16,1%) – дистимия, у 3 (4,8%) – биполярное аффективное расстройство, у 5 (8,1%) – соматоформное расстройство, у 4 (6,5%) случаев – гипомания, у 6 (9,7 %) – циклотимия, у 6 (9,7 %) – органические психические расстройства. Кроме того, у 17 больных были выявлены коморбидные психические нарушения.

У 23 человек наблюдались расстройства личности, либо выраженная акцентуация эмоционально – неустойчивого типа. У 11 пациентов было диагносцировано расстройство личности или выраженная акцентуация по ананкастному типу, у 5 по зависимому типу, у 8 по тревожному типу, у 3 по шизоидному типу, у 6 по гистрионному типу. В 6 случаях имела место гипертимная акцентуация.

Наряду с этим, была проведена психопатологическая оценка характера поведения, связанного с приемом пищи. У 9 больных были выявлены пищевые эксцессы, у 14 больных преобладала так называемая вечерняя еда, у 4 - постоянная (неконтролируемая) форма еды, у 6 - влечение к углеводам, у 4 - стрессовая еда. Атипичная нервная булимия наблюдалась у 11 пациентов.

Таким образом, алиментарно – конституциональное ожирение характеризуется полиморфной психопатологической симптоматикой преимущественно пограничного спектра расстройств.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В КРИЗИСНОМ СТАЦИОНАРЕ

В.М. Гилод, А.Н. Паршин, Е.В. Гальцев (Москва)

Терапия пациентов имеет особенности, диктуемые реалиями и условиями кризисного стационара стационара (КС). Из них следует особо отметить следующие: 1) открытый режим КС; 2) краткосрочность лечения (средний койко-день – 23); 3) отсутствие динамического наблюдения по выписке в силу развала континуума ведения пациента (кризисный стационар – кабинет социально-психологической помощи). Необходимо учитывать остроту пациентов (не менее 60% выявляет антивитальные переживания или суицидальные намерения). Основу терапии на начальном этапе большинства (>70%) пациентов составляет внутривенная терапия трициклическими антидепрессантами. С учетом нарушений сна у большинства ((>80%) пациентов, первые 5-10 дней назначены бензодиазепиновые транквилизаторы. Современные антидепрессанты назначаются, как правило, ближе к выписке, с расчетом на поддерживающую терапию. Седативные нейролептики при «нетипичных» для антипсихотиков тревожно-депрессивных или психопатических (психопатоподобных) состояниях позволяют через достижение психоэмоциональной индифферентности снизить риск суицидальных и агрессивных поступков, в кратчайший срок дистанцировать больного от психотравмирующей ситуации. С первого дня терапии внедрены психотерапевтические методики, их интенсивность к выписке возрастает. Основной задачей психотерапии помимо проработки психотравмирующей ситуации служит разъяснение целей и возможностей лечения, необходимости ее продолжения по выписке и повышение комплаенса пациента к терапии. В этой связи привлекаются близкие больного. Указанные особенности биопсихосоциального подхода позволяют достигать необходимого результата в современных условиях.

ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРНО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ НА ИХ СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

Е.К. Горячева, И.Л. Степанов (Москва)

Целью работы являлось определение влияния депрессивных и личностных особенностей больных (включая волевые характеристики) на общий уровень снижения социально-психического функционирования (СПФ) в периоде развернутой фазы циркулярной депрессии. Обследовано 103 пациента с аффективными расстройствами по МКБ-10: F 33.0-33.2 (88.35%); F 31.3 (11.65%), всего 60 женщин и 43 мужчины (средний возраст 40,81±11,57). Использовались клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы.

Дифференцированный анализ проводился при разделении всей выборки на 2 группы: НВС (условно низкая волевая саморегуляция, 71 больной) и ВВС (условно высокая волевая саморегуляция, 32 больных). В группе НВС на снижение уровня СПФ влияют показатели депрессивного состояния: ОА, ШДБ, выраженность аффективного компонента – тревоги. Со снижением уровня СПФ достоверно положительно коррелировали по выраженности личностные особенности застревающего, тревожного, параноидного типов, а отрицательно – нарциссического. В группе ВВС на выраженность нарушений СПФ оказывали значимое влияние в основном компоненты психопатологической составляющей депрессии - ОА, ШДБ, аффект тоски. Особенностью группы ВВС оказалось проявление волевых характеристик личности, достоверно отрицательно коррелировавших с показателем СПФ (чем выше волевые качества, тем меньше уровень снижения СПФ). Влияние собственно личностных радикалов на степень снижения СПФ в группе ВВС достоверно не определялось.

Таким образом, в группе с НВС уровень социального функционирования определялся выраженностью собственно депрессивного состояния (ОА, ШДБ, аффект тревоги) и соответствующими личностными радикалами, тогда как в группе ВВС, помимо депрессивного состояния (ОА, ШДБ, аффекта тоски), важное значение для поддержания уровня СПФ имели выраженность волевых особенностей больных без четкого соотнесения с личностными радикалами.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР) В РАМКАХ ОРГАНИЧЕСКИХ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ ВЕТЕРАНОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

К.Н. Дедова, И.В. Шадрина (Челябинск)

Среди психических нарушений ветеранов в отдалённом периоде боевой психической травмы значительное место занимают органические эмоционально-личностные расстройства, ведущие к социальной, семейной и профессиональной дезадаптации личности, снижению качества жизни.

Материалы и методы. В госпитале ветеранов войн клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим методами обследовано 170 чел. У 112 чел. диагностированы психические расстройства, соответствующие диагностическим критериям МКБ 10 F 06 и F 07 (основная группа); у 58 чел. психических нарушений не выявлено (контрольная группа).

Результаты. При органических эмоционально-личностных расстройствах ПТСР в анамнезе отмечен в 88,4%, тогда как лишь у 24,1% психически здоровых выявлен ПТСР в анамнезе. Легкая степень тяжести (преневротический уровень) ПТСР чаще в анамнезе лиц из группы сравнения – 85,7%. В основной группе превалировали невротический и психотический уровень ПТСР (57,6 и 32,3% соответственно). При посткоммоционном синдроме и органическом расстройстве личности доминировала дисфорическая форма ПТСР в анамнезе: 66,7 и 52,3% соответственно; у лиц с органическим астеническим расстройством преобладали тревожная и апатическая формы ПТСР примерно в равных долях (42,4% и 36,4% соответственно); у лиц с органическим тревожным расстройством превалировала тревожная форма (90,6%); при органическом непсихотическом депрессивном расстройстве – соматоформная и апатическая формы ПТСР (37,5% и 62,5% соответственно). Адекватная медико-социальная поддержка после возвращения из «горячего» очага оказана 18,7% пациентам из основной группы и 51,7% из группы сравнения, что свидетельствует о значимости социальной реабилитации ветеранов для сохранения и восстановления их психического здоровья.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА С ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЗВЕНА КАК ОСНОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

В.А. Дереча, Г.И. Дереча (Оренбург)

Одна из важнейших задач в совершенствовании психиатрической помощи, в решении которой участвуют врачи первичного звена здравоохранения, является раннее выявление психических заболеваний и направление соответствующих больных в специализированные лечебные учреждения. Однако, наряду с этим, перед врачами общей практики и специалистами территориальных поликлиник стоят и другие не менее важные психолого-психиатрические проблемы. Во-первых, все они в той или иной мере вынуждены уделять внимание коррекции психического состояния своих больных, оказывают им помощь в «конструировании» внутренней картины болезни и выздоровления, а при необходимости назначают соответствующие психотропные средства. Во – вторых, врачи первичного звена решают также задачи профилактики экзогенных и экзогенно-органических психических расстройств, а если они возникают, - задачу раннего их распознавания и своевременного направления к психиатрам. Всё это определяет высокие требования к уровню медико-психологической и психиатрической подготовки врачей первичного медицинского звена. Очевидно, что для овладения соответствующими знаниями, навыками и практическими умениями необходима специальная регулярная подготовка. Работа такого рода организована и проводится уже более 12 лет в ОрГМА на ФПДО кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии по соответствующим учебным программам: обязательные курсы для слушателей кафедр терапии, педиатрии, врачей скорой помощи, неврологии, врачей общей практики, а также ежегодные специальные циклы для врачей поликлиник г. Оренбурга. Образовательная работа в данном направлении углубляется и дифференцируется благодаря возрастающему объёму консультаций в амбулаторном отделении психотерапевтических методов клиники ОрГМА, которое непосредственно взаимодействует с поликлиниками города и областным психиатрическим диспансером.

ЦЕНТР ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ КАК МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АФФЕКТИВНЫМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Диков С.Ю. (Москва)

Диагностика и лечение аффективных расстройств с переходом на биопсихосоциальный подход получили быстрое развитие в государственных учреждениях в последние годы. В то же время, негосударственные учреждения, работающие по системе добровольного медицинского страхования (ДМС), остаются не охваченными данной инициативой. Основные пользователи ДМС - лица трудоспособного возраста, заболеваемость аффективными расстройствами у которых связана со значительными экономическими потерями. Центр психосоматической медицины (ЦПМ) организован как структурное подразделение многопрофильной врачебной практики, работающей по системе ДМС, с функциями лечебного, учебного и научно- исследовательского учреждения. Руководитель ЦПМ- врач-психотерапевт, психиатр, сексолог. Направления лечебной работы: психокардиология, психопульмонология, психогастроэнтерология, психодерматология, психоневрология, психогинекология, психоурология, сексология, психоэндокринология, психоиммунология. Для психосоматических заболеваний созданы протоколы на основе федеральных, дополненные психодиагностическими, психофармакологическими и психотерапевтическими услугами. С целью выявляемости аффективных расстройств используются скрининг-опросники. Из 276 человек с психосоматическими заболеваниями риск депрессии, соматоформных и тревожных расстройств выявлен в 87%,85% и 53% случаев соответственно. Контроль ведется с помощью компьютерной программы, обрабатывающей электронную историю болезни. Проводятся консилиумы с участием психиатра и интернистов. Помощь оказывается амбулаторно и в дневном стационаре. По каждой специальности выделены ведущие специалисты в области психосоматики. Руководитель ЦПМ осуществляет консультативную помощь психотерапевтам других поликлиник сети и координирует их работу. Проводятся биопсихосоциальные исследования и обучение врачей психосоматическому подходу. Таким образом, работа ЦПМ позволяет обучать и координировать врачей работать в духе психиатрии консультирования-взаимодействия.

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СУИЦИДОЛОГИИ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Е.А. Душина (Москва)

Материалы и методы. На протяжении 10 лет в кризисном стационаре на базе московской ГКБ № 20 проводится лечение суицидального поведения больных, большей частью невротическими и депрессивными расстройствами, и их близких посредством семейной системной психотерапии 90% пациентов из неполных семей, 95% пациентов находятся в симбиотической связи с матерью (зависимы), будучи эмоционально незрелыми, с низким уровнем дифференцированности (по Боуэну); их энергия уходит на поиски любви, одобрения, поддержки, но не на жизненные цели, они не способны планировать отдаленные цели, кроме: «хочу быть счастливым». У пациентов межличностные проблемы в семье, отягощаемые хроническими финансовыми затруднениями, нередким злоупотреблением психоактивными веществами.

Результаты. Семейная терапия направлена на создание условий для формирования функциональной семейной организации, которая обеспечит максимальный рост потенциала каждого члена семьи, снизит уровень тревоги и повысит ответственность за свою жизнь и жизнь близких, предоставит возможности открыто обсуждать проблемы, проявлять чувства, заинтересованность друг в друге. Основным средством психотерапии служит вмешательство, основанное на позитивном переформулировании смысла взаимодействий в семейной системе пациента. Привлечение семьи к участию в психотерапевтических встречах – задача сложная, так как семейный психотерапевт сталкивается с отрицанием проблемы семьей (пациент указывает на проблему, но, она, по его мнению, неразрешима), нежеланием (страхом) менять структуру взаимоотношений, которая без вмешательства будет стереотипно функционировать и способствовать возвращению симптоматики пациента. Продуктивна психотерапия в работы с жертвами суицида, когда помощь получают все члены семьи, включая детей, и возможно прояснение личного отношения к трагедии, выявить свои чувства, облегчить чувство вины и страха за близких.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ДЕПРЕССИЯ

А.Л. Дьяконов (Ярославль)

Цель работы: выявить особенности депрессивных расстройств у больных ИБС. Обследован 51 пациент с депрессиями, коморбидными с ИБС. Средний возраст 49,6 ± 07. Изучались терапевтические истории болезни, амбулаторные карты. Клиническая диагностика глубины депрессии дополнялась её оценкой по шкале HDR-S (в среднем 20,1 балла). Было выявлено, что депрессивные расстройства способствовали увеличению количества стенокардических приступов, изменению их качества. Приступы стали более разнообразными: колющие, сжимающие, распирающие, сверлящие ощущения в области сердца, иррадиирующие не только в типичные зоны, но и в грудную клетку справа, эпигастрий. Нарушения нередко носили мигрирующий характер. Это способствовало фиксации внимания на соматической патологии, заставляло ожидать появления приступа («тревога вперёд»). В структуре депрессий не было идей самообвинения, самоуничижения. Из признаков негативной аффективности были более стабильными ангедония, анергия. Эпизоды раздражительности не были продолжительными, сопровождались усилением кардиоваскулярных нарушений. Усиление астенических проявлений, депрессивного настроения выявлялось при дополнительных как психических, так и физических нагрузках. Усиление депрессии отмечалось и перед стенокардическим приступом. Выделить какую-то определённую, стабильно протекающую структуру депрессии было сложно, т.к. навязчивые мысли, «сенсоипохондрия», астения, вегетативные расстройства, эпизоды тревоги не были устойчивыми, присутствовали у всех больных, чередуясь по времени и степени выраженности. У всех отмечалась «ипохондрия сна».

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ

Е.Е. Ершов, А.В. Ханько (Санкт-Петербург)

На протяжении последних 10 лет в Санкт-Петербурге эпидемиологические показатели по туберкулёзу остаются на достаточно стабильном уровне. Более того, в 2010 году отмечалось снижение показателя заболеваемости туберкулёзом как территориального (с 47,0 до 42,0 на 100 тыс. населения), так и среди постоянных жителей (с 36,6 до 32,4 на 100 тыс. населения). С указанными выше данными, однако, резко контрастируют сведения о неуклонном росте заболеваемости туберкулёзом в среде психически больных. Данный факт, с точки зрения большинства исследователей, объясняется взаимным утяжелением течения указанных заболеваний, когда быстрая психотизация и деградация личности приводит к уклонению от лечения туберкулёза, а туберкулёзный процесс осложняет течение психического заболевания, ухудшает его прогноз.

С учётом разнообразия и комплексности проблем лечения данной категории пациентов, система адресованной им помощи должна носить полипрофессиональный характер, в которой, наряду с биологической терапией, ведущее значение имеет психосоциальная работа.

В Санкт-Петербургской психиатрической больнице № 1 им. П.П. Кащенко была разработана комбинированная образовательная программа, проводимая в закрытых группах больных с сочетанной психической и туберкулёзной патологий и представляющая собой поэтапное обучение пациентов в области психических расстройств, психиатрической и фтизиатрической помощи, включающая элементы когнитивного и коммуникативного тренинга. Занятия проводятся при участии врача и психолога в стиле групповой психотерапии периодичностью 3 раза в неделю. Содержательную часть обучающей программы берут на себя, в зависимости от темы занятия, врач-психиатр или врач-фтизиатр. Она включает в себя объективную информацию о болезни, ее причинах, течении, прогнозе, индивидуальных особенностях, роли и характере медикаментозной терапии и побочных действиях препаратов.

Такие занятия способствуют снижению у пациентов интеллектуальной ангедонии, усилению произвольной регуляции функций внимания и памяти и развитию коммуникативных способностей, выработке настроя на длительное лечение, повышению самооценки и уверенности в возможности благоприятного прогноза.

СУИЦИДОЛОГИЯ В РОССИИ: ОРГАНИЗАЦИЯ ИЛИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ?

Н.А. Ештокин (Ростов-на-Дону)

По данным ЦСУ, с 1995 по 2009 год в России самоубийством покончили жизнь более 1 млн. человек. Отмечена положительная динамика снижения самоубийств: так, в 1995 г. погибло 60963 чел., а в 2009 г. 37570 чел., вселяя надежду, что в России проблема суицидального поведения населения успешно разрешается.

Цель исследования. Анализ организации суицидологических служб.

Результаты. Ведомственная рассогласованность и противоречивость приказов МЗ России, УПК (196 ст.), ФЗ о государственной судебно-экспертной деятельности в РФ 31.05.2001 г. №73-ФЗ и перечня статистики ведомств (ЗАГС, МВД) привела к резкому снижению показателей официальной статистики самоубийств в регионах и в целом по России. Так, статистика самоубийств в Ростове-на-Дону за последние 10 лет снизилась до 4 чел. в год. Этот показатель занижен в 30-40 раз в сравнении с ведомственной статистикой. Руководители психиатрических служб не заинтересованы в развитии суицидологических служб и решают внутриведомственные проблемы за счет ставок суицидологических служб.

Выводы. Необходим ряд мер для улучшения работы суицидологической службы в регионах: 1) приведение статистики самоубийств в России на уровень, отражающий реальность; 2) в стратегии государства в области предотвращения самоубийств необходим системный подход; 3) проанализировав реальный уровень суицидального поведения населения России, необходимо приступить к разработке национальной программы превенции самоубийств с привлечением не только чиновников МЗ России и НИИ психиатрии, но и экспертов и суицидологов, работающих в регионах; 4) вывести суицидологические службы за рамки психиатрической службы.

БРИГАДНЫЙ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ ВЕДЕНИИ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ АУТОАГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Н.М. Захарова (Москва)

Многолетний опыт отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств НИИ СП им. Н.В. Склифосовского показал, что лечение пациентов, совершивших аутоагрессивные действия, имеет свои особенности. Оптимальный режим лечебно-диагностического процесса определен клиническими особенностями, сочетанностью острой соматической и психической патологии пострадавших. В отделении принято совместное ведение пациентов хирургом и психиатром с приемного отделения и до выписки или перевода больного в психиатрический стационар. Врачи разных специальностей работают в бригаде, обсуждая и согласовывая обследование и лечение пациента, но каждый из них решает свои диагностические и лечебные задачи, координируя действия с коллегами. Одновременно применяются терапевтическое (хирургическое) и психиатрическое лечение. При выборе и применении психотропных препаратов учтена хирургическая (травматологическая) и соматическая патология с сопутствующим риском побочных эффектов и осложнений. Помимо хирургического и медикаментозного лечения применяются современные психотерапевтические методики (кризисная и личностная мультимодальная психотерапия), проводится антиалкогольная работа и профилактика ВИЧ инфекции, работа с родственниками, способствующие адаптации в семье и обществе. Разработана и применяется методика ранней психосоциальной реабилитации пациентов на этапе госпитализации, способствующая улучшению настроения, налаживанию контакта со значимыми лицами и выработке установки на продуктивную трудовую деятельность. За 12 лет функционирования отделения снижена летальность пациентов с 2,8% до 1%, сокращено количество гнойно-септических осложнений с 1,5% до 0,1%, снижено количество переводов в психиатрические больницы с 55% до 18,8%.

Итак, тесное взаимодействие хирургов, психиатров и психотерапевтов позволило значительно повысить уровень специализированной медицинской помощи, дало возможность проведения реабилитационных мероприятий для дальнейшей ресоциализации пациентов, совершивших аутоагрессивные действия.

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПСИХИАТРОВ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Л.В. Золотухина, И.В. Шадрина (Челябинск)

В процессе профессиональной деятельности личность врача подвергается воздействию психотравмирующих обстоятельств, что может вести к синдрому профессионального выгорания (СПВ).

Материалы и методы. Обследовано 123 врача-психиатра по методике MBI.

Результаты. Высокие уровни показателей «выгорания» по одному или двум субфакторам имели выявлены у 53,7% чел., по всем трем субфакторам – у 19,5%. Итак, те или иные признаки СПВ были выявлены у 73,2% врачей-психиатров. У большинства (63,3%) обследованных симптомы укладывались в определяющие и условно определяющие психопатологические синдромы. Так, астенический синдром выявлен в 49,1%, астено-ипохондрический – в 33,3%, обсессивно-фобический – в 15,8% случаев, варианты депрессивного синдрома – в 63,2%, синдром невротической деперсонализации – в 4,6%, синдром профессионального выхолащивания (дегуманизации) – в 12,3%, синдром редукции профессиональных достижений и обязанностей в 78,9% случаев. Таким образом, в этой группе был выявлен СПВ с явными психопатологическими проявлениями на невротическом уровне. У остальной части обследованных (36,7%) симптомы были расплывчатыми, носили временный характер и не укладывались в очерченные синдромы. В таких случаях обследованные оценены «Практически здоровыми», и речь шла о СПВ на преневротическом уровне. При СПВ без явных психопатологических проявлений проводилась психологическая коррекция. При СПВ с явными психопатологическими проявлениями к психологическим методикам и техникам присоединены психотерапия и медикаментозное лечение. После психологической коррекции улучшение отмечено в 97%, после проведения лечебных мероприятий - в 91,2% случаев.

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ

Н.Н. Иванец, М.А. Боброва (Москва)

Соматоформные расстройства (СФР) являются полиморфной и нечетко очерченной группой состояний.

Цель: изучить соотношение между клиническими проявлениями СФР, когнитивным функционированием и личностными особенностями больных.

Материал: 71 больной (м/ж 36/45) в возрасте от 18 до 60 лет.

Методы: Опросник 16ЛФ, Опросник темперамента и характера, Гиссенский опросник соматических жалоб, Торонтская шкала алекситимии, Аденбургская батарея когнитивных тестов, Лобная батарея исполнительных функций.

Результаты. Выделено шесть типов поведения больных СФР: невротический, ананкастный, «органический», эмоционально-неустойчивый, застревающий и «примитивный». Невротический тип характеризовался большим количеством соматических жалоб, высокой ипохондрической озабоченностью, склонностью к амплификации телесных ощущений, депрессивным аффектом, нарушениями пространственного гнозиса и концептуализации. Ананкастный тип СФР отличался небольшим количеством соматических жалоб, высокой ипохондрической фиксацией, алекситимией и нарушениями динамического праксиса. При «органическом» варианте отмечалось много соматических жалоб, высокая ипохондрическая фиксация, склонность к диссоциации, нарушения пространственного гнозиса и памяти. Эмоционально-неустойчивый тип характеризовался умеренным количеством соматических жалоб, невысокой ипохондрической фиксацией, алекситимией, нарушением динамического и пространственного гнозиса. При ригидном типе ипохондрическая фиксация практически отсутствовала, однако отмечалось большое количество соматических жалоб, сочетавшихся с алекситимией и нарушениями динамического праксиса. «Примитивный» тип поведения характеризовался небольшим количеством соматических жалоб, выраженными ипохондрическими опасениями, алекситимией и сравнительно сохранными когнитивными функциями.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОБУСЛОВЛЕННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

К.А. Идрисов (Грозный)

В условиях длительной чрезвычайной ситуации значительная часть населения находится под воздействием психотравмирующих событий, существенным образом влияющих на психическое здоровье. Проведенное нами обследование среди населения Чеченской Республики показало, что 62% обследованной выборки пережили одно и более психотравмирующих событий. Существенным отличием длительной чрезвычайной ситуации военного характера является то, что психотравмирующие события влияют на личность, ослабленную воздействием комплекса неблагоприятных факторов физического, психологического, нутрициионного и социально-экономического характера.

Данные исследований отечественных и зарубежных специалистов, изучающих психолого-психиатрические последствия военных действий, показывают, что ответы организма на сверхсильную психическую травму не ограничиваются собственно стрессовыми расстройствами в изложении МКБ-10, а включают более широкий спектр психических расстройств, преимущественно непсихотического характера. При этом доминирующее место в жалобах больного занимают симптомы соматического характера, а не психического, что определяет высокую обращаемость таких больных за помощью в лечебные учреждения общесоматического профиля.

Организация психолого-психиатрической помощи на уровне первичной медицинской сети, в частности в территориальной поликлинике, с вовлечением врачей-интернистов существенно расширяет возможности психиатрической службы и способствует решению важных лечебно-диагностических и реабилитационных задач: улучшение выявляемости больных непсихотическими психическими расстройствами; приближение психолого-психиатрической помощи к населению; полипрофессиональное взаимодействие при оказании лечебной помощи; преодоление стигматизации к службе психического здоровья; возможность длительного психотерапевтического сопровождения больных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПРОГРАММ КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА

Калашникова Т.В., Салмина-Хвостова О.И. (Новокузнецк)

Актуальность исследования. Результаты исследований показали существенное влияние этнокультуральных факторов на клинико-динамические характеристики основных психических расстройств, показатели и структуру их распространенности (Семке В.Я. 2008).

Одной из этнических групп, проживающих в Кемеровской области, являются телеуты (общая численность по РФ около 3 тыс. человек, из них 2,5 тыс. живут в сельской местности и городах Кузбасса). (Функ Д.А., 1993).

Цель исследования: изучить пищевое поведение телеутов, разработать программы коррекции, с последующей оценкой их эффективности.

Материалы и методы: число обследованных нами коренных сельских жителей – телеутов составило 525человек (37% от проживающих в этих районах телеутов). Мужчин было 165 (31,4%), женщин – 360 (68,6%). Средний возраст телеутов составил 41,3±1,1 лет. Оценка пищевого поведения проводилась с помощью датской анкеты пищевого поведения (DEBQ) для оценки ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения (Van Stein T., 1986) и «Анкета определения пищевого поведения и взаимосвязь с аффективными нарушениями у телеутов» (Новокузнецк, 2007) и до лечения и через 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Рекомендуемые психотерапевтические программы профилактики и лечения выявленных расстройств пищевого поведения у телеутов включают соблюдение строгой индивидуальности, поэтапности, комплексности (диетотерапия, медикаментозное лечение и психотерапия), с обязательным учётом нарушений пищевого поведения и аффективной сферы. Применялись следующие методы психотерапии: рациональная (с заключением психотерапевтического контракта), НЛП, косвенные внушения (с учетом репрезентативной системы), суггестивная психотерапия, психофармакотерапия.

В результате проводимой терапии наблюдалось снижение эмоциогенного (с 2,68 до 1,9, $p<0,05$) и экстернального ПП (с 3,4 до 2,84, $p<0,05$), а некоторое повышение ограничительного типа пищевого поведения (с 2,4 до 2,57, $p<0,05$) подтверждает изменение пищевого поведения в результате лечения на рациональный тип.

Выводы: клинико-катамнестическое изучение показало высокую эффективность разработанных дифференцированных программ коррекции расстройств пищевого поведения телеутов.

ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИФИЦИРОВАННОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

С.В. Кисель, О.В. Петрунько (Иркутск)

Обследованы 33 стационарных пациента (31 женщина и 2 мужчин) с текущим хронифицированным (длительность более 2 лет) депрессивным эпизодом (ДЭ по МКБ-10) в рамках аффективного психоза с относительно поздним манифестом заболевания в возрасте 35-55 лет. Группу сравнения составили 30 пациентов (29 женщин и 1 мужчина) с рекуррентным депрессивным расстройством и длительность депрессивных эпизодов не более 6-8 месяцев.

Среди пациентов с хронифицированным течением единичный депрессивный эпизод выявлен у 18,2%, рекуррентное течение – 81,8%. Средний возраст к моменту исследования был равен 49,6±0,9 лет. Длительность актуального депрессивного эпизода составляла от 24 месяцев до 5 лет. Количество госпитализаций в стационар варьировало от 1 до 20, в среднем составило 5,5±0,9 на одного больного. Инвалидами 2 группы были признаны – 27 (81,8%) человек.

Пациенты с хронифицированным течением депрессивного расстройства в отличие от пациентов группы сравнения характеризуются ($p<0,001$ до $p<0,05$): нестабильным семейным положением (одинокие, разведенные, вдовы), наследственной отягощенностью аффективными расстройствами среди родственников первой степени родства, наличием экзогенной компрометации мозга (перинатальная патология, тяжело протекающие инфекции детского возраста, перенесенные ЧМТ в отдаленном анамнезе) с проявлениями резидуальной церебральной недостаточности (плохая переносимость жарких и душных помещений, инсоляции, езды на транспорте), наличием актуальных хронических психотравмирующих ситуаций, многолетним периодом допсихиатрического наблюдения с момента появления аффективных нарушений, сезонностью возникновения депрессивных расстройств в осенне-весенний период, резистентностью к ранее проводимой адекватной психофармакотерапии.

К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕМПЕРАМЕНТА И ЧЕРТ ХАРАКТЕРА У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ С ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗДНИМ МАНИФЕСТОМ

А.В. Ковалева (Иркутск)

Изучена группа пациентов с непсихотическим единичным и рекуррентным депрессивным эпизодом (ДЭ) по МКБ-10 в рамках аффективного психоза. Количество больных 15 человек (женщин 86,7%, мужчин 13,3%), средний возраст на момент обследования составил 46,1 лет. В результате адекватной антидепрессивной терапии больные отнесены к группе респондеров. Оценка индивидуально-психологических особенностей (темперамента) проводилась с помощь опросника формально-динамических свойств индивидуальности ОФДСТ (Русалов В.М, 2004). Выявлены следующие общие типы темперамента: смешанный высоко-активный (сангвино-холерический) тип (53,3%) с высокими значениями эргичности, пластичности и скорости во всех сферах поведения человека и общей эмоциональностью в пределах нормы; сангвинический тип (26,7%) с значениями выше нормы по шкале общей активности и низкими значениями по шкале общей эмоциональности и неопределенный общесмешанный тип (13,3%) с значениями в пределах нормы по шкалам общей активности и общей эмоциональности. Наличие холерического типа с значениями выше нормы по шкалам общей активности и эмоциональности выявлено в единичном наблюдении (6,7%). Использование опросника черт характера взрослого человека - ОЧХ-В (Русалов В.М., Манолова О.Н., 2003) свидетельствует о наиболее частой акцентуации (высокие значения шкал) по следующим чертам характера: дистимность – 46,7%, циклотимность – 40%, тревожность – 40%, эмотивность – 40%, возбудимость – 20%. В единичных наблюдениях выявлена акцентуация по следующим чертам характера: гипертимность, педантичность, демонстративность, экзальтированность. Деакцентуация (низкие значения шкал) чаще зарегистрированы в шкалах демонстративность (40%), гипертимность (26,7%).

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Т.Н. Колесниченко, И.В. Шадрина (Челябинск)

Согласно МКБ-10, нервная анорексия преимущественно рассматривается в рамках расстройства приёма пищи (F50), относится к поведенческим синдромам, связанным с физиологическими нарушениями и физическими факторами. Диссимуляция больными истинных причин похудения, а также быстрое присоединение вторичных сомато-эндокринных нарушений приводят к возникновению диагностических ошибок, в результате чего они своевременно не получают адекватную психиатрическую помощь, длительно и малоэффективно лечатся у врачей-интернистов, обследуются у онкологов. В поле зрения психиатров такие больные зачастую попадают в состоянии выраженной кахексии с декомпенсацией всех жизненно важных функций, нуждаются в неотложном лечении в условиях реанимационных отделений и палат интенсивной терапии.

Опыт наших наблюдений (54 чел.) свидетельствует о том, что это расстройство выходит за рамки пограничной патологии, достигая психотического уровня. Только у одной трети больных в преморбиде имелось незначительное повышение массы тела, что характеризовало дисморфофобию как сверхценную идею, но чаще дисморфофобические расстройства возникали на фоне нормального веса, что свидетельствовало о бредовой дисморфофомании. В структуре психических расстройств выявлялось искаженное восприятие образа тела, при котором больные видели себя значительно полнее, чем в реальности. Данный психопатологический симптом считаем целесообразным рассматривать как вариант сомато-психической деперсонализации, возникающей в рамках расстройства восприятия, характеризующий эндогенизацию процесса. Подтверждением эндогенного характера возникновения нервной анорексии является также факт того, что при манифестации заболевания у некоторых больных хотя и удавалось выявить наличие стартовой психотравмы, но последующие рецидивы возникали аутохтонно.

Для эффективного лечения и предотвращения рецидивов заболевания целесообразно раннее назначение нейролептиков, проведение долгосрочной терапии антипсихотиками, антидепрессантами, а также применение поведенческих и семейных методов психотерапии. Важно создание терапевтического комплайенса между психиатром и пациентом, приводящим к редукции деперсонализационных расстройств и преодолению анозогностического отношения к болезни. Необходимо также диспансерное наблюдение психиатра.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ЧЕРТ ХАРАКТЕРА У ОБЛУЧЕННЫХ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ И ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС

Колмогорова В.В. (Челябинск)

Цель: сравнительная оценка личностно-типологических черт у облученных на Южном Урале и у ликвидаторами аварии на ЧАЭС по данным стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ).

Материалы и методы: в основную группу обследования вошли две подгруппы: 230 больных, 110 облученных на Южном Урале (средний возраст 52,1+0,9 года), и 120 ликвидаторов аварии на ЧАЭС (средний возраст 47,4+0,7 года). В качестве группы сравнения обследовано 70 лиц населенных пунктов Уральского региона.

Результаты: результаты сопоставления усредненного профиля СМИЛ подчеркнули достоверность различий ($p<0,05$) между основной группой и группой сравнения по всем шкалам, кроме 4 шкалы (психопатии), по которой различия достоверны ($p<0,05$). Анализ усредненного профиля СМИЛ в основной группе позволяет отнести его к «невротическому» типу и охарактеризовать состояние обследованных, как дезадаптацию и стресс. Более высокие показатели по 4 шкале (психопатии) у облученных на Южном Урале свидетельствуют об их большей социальной дезадаптации, импульсивности, неустойчивости настроения, чувствительности по сравнению с ликвидаторами аварии на ЧАЭС. Застреваемость на отрицательных переживаниях, склонность к формированию сверхценных идей и аффективным реакциям определяют повышенное значение показателя по 6 шкале (паранойяльности) у всех обследованных основной группы.

Выводы: выявлена большая социальная дезадаптация, импульсивность, неустойчивость настроения, формирование сверхценных идей у облученных на Южном Урале, по сравнению с ликвидаторами аварии на ЧАЭС, о чем свидетельствует повышение показателей по 4 шкале (психопатии) и по 6 шкале (паранойяльность).

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИИ

В.В. Колягин (Иркутск)

Депрессия, тревога, бессонница – наиболее частые проявления БАР, а гипоманиакальные симптомы распознаются реже. Эти симптомы следует выяснять у пациентов с возможно коморбидными БАР состояниями: злоупотребление алкоголем, ПАВ; тревожные, поведенческие, обсессивно-компульсивные, личностные расстройства; гемблинг; анорексия. Потенциально близка к биполярной «рекуррентная депрессия» подросткового, молодого возраста и после родов (униполярная депрессия, как правило, начинается в более позднем возрасте). При БАР в сравнении с РД - более быстрое развитие и формирование депрессивной симптоматики, большая частота и меньшая длительность депрессий. Депрессия, сохраняющаяся большую часть времени в течение года, также свидетельствует скорее о БАР, как и: лабильность настроения; сезонность аффективных эпизодов; психомоторная заторможенность в сочетании с атипичными симптомами (гиперфагия, гиперсомния вместо нейровегетативной симптоматики); психотические включения; аффективные колебания в интервале нескольких минут или часов; недостаточный терапевтический ответ на стандартную антидепрессивную терапию; мания\гипомания, тревожные расстройства и патологические формы зависимости в семейном анамнезе (Bowden C.L., 2001; Sato T. et al., 2003).

Раннее начало и несвоевременная диагностика БАР увеличивают риск формирования коморбидных расстройств, ухудшают течение заболевания и исходы лечения; приводят к возрастанию суицидальности и насильственных действий.

Пациенты с нераспознанным БАР часто получают монотерапию антидепрессантами без нормотимиков, приводящую к развитию резистентности, либо индуцированной гипомании или мании. С применением СИОЗС риск обращения фазы снизился почти до естественного, и его можно хорошо контролировать стабилизаторами настроения, наиболее эффективно вальпроатами.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

В.В. Колягина, В.В. Колягин, Л.П. Белоусова, Н.В. Безбородова (Иркутск)

БАР широко распространенное, но недостаточно диагностируемое заболевание. Выявление этой патологии остается проблемой для многих врачей. Фармакотерапия стабилизаторами настроения (вальпроаты), атипичными антипсихотиками способна не только улучшить состояние пациентов, но и преодолеть негативные последствия болезни (Hirschfeld R.M. et al., 2003).

За 2010г. первично диагностировано БАР у 33 пациентов дневного №14 и пограничного №8 отделений Иркутской ОКПБ №1. Возрастной диапазон больных составил 15-60 лет. Впервые поступили в психиатрический стационар 16 человек, повторно (2-10 раз) - 17 больных. Средний возраст «первичных» пациентов составил 42,7 года, «повторных» - 45,5 лет. Средняя длительность заболевания у «первичных» достигла 8, у «повторных» - 16 лет. Инвалидность имели 2/3 «повторных» пациентов. Направительные диагнозы во всех случаях не относились к БАР и трактовались как РДР; БДЭ; ОКР; ГТР; Расстройство личности; Sch; ШАР; ШАП; Органическое поражение ЦНС. У 36,4% больных в анамнезе были суициды, у 22,7% - суицидальные мысли. Зависимость от алкоголя или ПАВ - у 22,7% и 9%. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями и/или алкоголизмом была у 51,5 % больных. Неадекватное (без стабилизатора настроения), недостаточно эффективное лечение предпринималось ранее в большинстве случаев.

У всех пациентов получены положительные результаты лечения антиэпилептиком-нормотимиком депакином-хроно, в дозе 300-1200 мг/сут. В ряде случаев добавлялся СИОЗС либо вальдоксан и в отдельных случаях - атипичный антипсихотик (солиан), которые назначались коротким курсом. Больным проводилось психообразование, использовалась когнитивно-бихевиоральная коррекция и рекомендовалась долгосрочная продолженная терапия стабилизатором настроения в подобранной дозе.

ЗНАЧЕНИЕ ПОДТИПОВ АПАТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ ПРИ ВЫБОРЕ АНТИДЕПРЕССАНТА

Кошкин К.А. (Москва)

Обследовано 100 больных депрессией. Средняя длительность заболевания 40,9 ± 10,0 недель. Средний балл по $HDRS_{21}$ составил 23,9 ± 3,9. В 59% наблюдений в картине депрессии преобладала апатия (средний балл по $HDRS_{21}$ 23,6 ± 1,5, по MADRS 22,2 ± 1,8). 18 % преобладание апатии сочеталось с тоской (средний балл по $HDRS_{21}$ 22,1 ± 1,4, по MADRS 23,9 ± 1,4) и у 23 % с тревогой (средний балл по $HDRS_{21}$ 26,5 ± 1,8, по MADRS 22,9 ± 2,0). У 39% больных начало заболевания определялось апатическими расстройствами, у 34% тоскливыми, у 27% тревожными.

Произвольно выделены три группы больных, которые получали монотерапию: мелипрамином (37 наблюдений), флюоксетином (33 наблюдения) и гелариумом (30 наблюдений). Способ введения всех препаратов per os. Продолжительность лечения 6 недель. Оценка эффективности терапии проводилась традиционным психометрическим контролем с использованием в качестве основной шкалу депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS).

Показатель выраженности депрессии достоверно ($p<0,05$) изменялся при приеме всех трех антидепрессантов. Редукция суммарного балла при применении гелариума 41,9%, мелипрамина 55,0%, флуоксетина 72,0%. Наиболее быстро и отчетливо действовал мелипрамин: достоверные изменения регистрировались уже к концу первой недели. При лечении гелариумом и флуоксетином - к концу второй недели. На шестой неделе флуоксетин показывал достоверно большую эффективность, чем мелипрамин и гелариум. Наилучший результат на фоне терапии флуоксетином достигнут в апато-тревожном подтипе, где действие препарата было эффективным во всех наблюдениях. Выраженное антидепрессивное действие препарат оказывал в апато-тоскливом подтипе, был эффективен в апатическом подтипе.

Выделен порядок выбора препаратов для каждого подтипа. Для апатического подтипа, в порядке предпочтения: флуоксетин, мелипрамин, гелариум. Для апато-тоскливого подтипа: мелипрамин, флуоксетин. Действие гелариума для этого подтипа не является достаточным. Для апато-тревожного подтипа рекомендуется флуоксетин. Терапевтический эффект мелипрамина и гелариума являются для этого подтипа недостаточными.

ПСИХОДИАГНОСТИКА СКРЫТОЙ МОТИВАЦИИ СУИЦИДЕНТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

И.А. Кудрявцев, Е.Э. Декало (Москва, Пенза)

Аутоагрессивное поведение обусловлено системой иррациональной аутичной переработки информации с опорой на объективно незначимые концепты ситуации. Личностно-аномальные маркеры пресуицида и постсуицида функционально не различимы.

Цель исследования: выявление скрытых мыслительных и поведенческих маркеров суицидального риска.

Материалы и методы. Разработано полуструктурированное интервью с вниманием к смысловым аспектам отношения суицидента к аутоагрессивным актам и намерениям. С целью раскрытия отношения к психотравмирующему событию применена диагностика скрытой мотивации Л.Сонди, метод цветовых выборов М.Люшера; шкалы депрессии и тревоги A. Beck. В Пензенской ОПБ обследованы 2 группы респондентов. Группа пресуицида включила 17 лиц с мыслями о самоубийстве, потребовавшими стационирования. Группа постсуицида сформирована лицами с незавершенными суицидальными попытками.

Результаты. При сравнении групп обнаружены значимые различия по показателям «отсроченность психотравмирующего события», «смысловое осознание суицидальной тенденции», что позволило выделить, характерологически обосновать и дифференцировать состояния внутренней аутоагрессии и внешней аутоагрессии. В первой группе отмечено преобладание смыслового значения аутоагрессии как реакции призыва; истощение ресурсов гибкой системы реализации потребностей; в основе внутренней аутоагрессии — ригидная система «блокировки» при фрустрации. Респондентам группы постсуицида присущи снижение способности анализа, самоанализа; значимо преобладание по показателю «разряженное напряжение как следствие влияния психотравмы»; повышенная зависимость от мнения значимого лица; активный механизм торможения влечений личности, базирующихся на эмоциях интереса и развития.

Выводы. Результаты указывают на возможную однородность нарушений в подгруппах в функционально-поведенческом контексте, свидетельствующем о континууме суицидального поведения.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

В.М. Кушнарев (Москва)

Материалы и методы. В кабинете социально-психологической помощи Московского городского медицинского центра для молодежи и в отделении суицидологи Московского НИИ психиатрии в 2007-2011 гг. обследовано 1305 пациентов 15-25 лет, обратившиеся (непосредственно или по направлению иных специалистов поликлиники) за помощью в связи с социально-личностной дезадаптацией с ведущей жалобой на снижение успеваемости. Суицидальное поведение выявлено у 18,1% обратившихся. Большая часть (до 80%) последних – студенты I-II курсов, при этом доля пациентов с суицидальным поведением неуклонно снижалась с годами обучения (с 30% на первых курсах до 14,5% на старших, $p<0,001$). Большинство лиц с суицидальным поведением без истории психиатрического лечения, но у них впервые отмечены акцентуации характера (25%), расстройства аффективно-невротического уровня (41,5%) остаточные последствия раннего поражения ЦНС (15,3%), злоупотребление психоактивными веществами, нередко как самолечение депрессивных и тревожных расстройств.

Результаты. По сравнению с группой пациентов без суицидального поведения, потенциальные суициденты в большей мере ($p<0,001$) выявляли личностные и аффективно-невротические расстройства. Пациенты на фоне рациональной психофармакотерапии (в основном антидепрессантами) привлечены к индивидуальной психотерапии и аутогенному, ролевому тренингам. Проводились диагностические и психогигиенические мероприятия с привлечением врачей поликлиники, преподавателей и близких пациентов. При неэффективности сочетанного лечения и/или высоком риске суицида больные направлялись в кризисное отделение московской ГКБ

Заключение: участие суицидолога в обследованиях во внедиспансерных условиях учащейся молодежи, составляющей известную возрастную группу риска суицидального поведения населения, способствует более ранней психиатрической диагностике и снижению риска суицидального поведения студентов. Важен бригадный (многопрофессиональный) подход к комплексной терапии пациентов с риском суицида.

РОЛЬ СМИ В ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ И ЕГО ПРЕВЕНЦИИ

А.А. Лучина (Москва)

СМИ не используются в полной мере для превенции суицидов. Такого рода информация до сих пор считается «неудобной» и коммерчески не привлекательной. СМИ не регулируются специальными программами, разработанными ВОЗ для снижения риска суицида при освещении тех или иных событий. Молодые люди особенно восприимчивы к влиянию СМИ. Они в среднем смотрят телевизор около 3 часов в день (развлекательные передачи, реклама). У молодежи распространены эгоцентричные установки, опасные с точки зрения суицидогенеза: их подкрепление СМИ может стать причиной фрустраций и стрессов. Молодежь много времени тратит на Интернет. В интернете молодые люди не просто развлекаются и отдыхают, но ищут разнообразную информацию и общаются.

Материалы и методы: проведено исследование суицидальных сайтов в интернете.

Результаты исследования: 1) целевая аудитория оценивает сайты положительно, отзывается об их работе с благодарностью; 2) общение между пользователями на сайтах строится вокруг обсуждения эмоциональных проблем, а не обсуждения методов ухода из жизни или поиска партнеров для этого.

Выводы: сегодня нет единого, профессионально курируемого ресурса превенции суицида (в отличие от большинства других стран). Возможности интернета в суицидальной превенции недостаточно использованы. Необходимость создания такого ресурса очевидна. Для его реализации необходима разработка специальных рекомендаций для СМИ по примеру ряда зарубежных стран.

РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ (ДАННЫЕ ДЛЯ РЕЕСТРА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РФ)

Е.Б. Любов (Москва)

Цель: изучение структуры, организации и ресурсообеспечения местной (региональной) суицидологической службы (Сс).

Метод: опрос главных психиатров 83 субъектов РФ по оригинальному структурированному опроснику.

Результаты: получены данные из 63 регионов. Лишь в отдельных регионах (как Владимирской области) нет типовых элементов Сс (согласно Приказу МЗ РФ № 148). Выявлены общие проблемы региональной Сс: 1) отсутствие местных программы превенции суицидов и стандартов оказания кризисной помощи; 2) неполный состав типовых звеньев Сс, их недостаток и малая доступность (развернуты лишь в крупных городах); 3) опора Сс (кризисные стационары, кабинеты социально-психологической поддержки) на психиатрические учреждения; 4) отсутствие (дефицит) подготовленных кадров (так, суицидолог исключен из номенклатуры медицинских специальностей; возможно лишь тематическое усовершенствование на рабочих местах); 5) неразвитое междисциплинарное и межведомственное бригадное взаимодействие; 6) неразработанные функциональные обязанности (нормативы нагрузки) психиатров, медицинских психологов, социальных работников и специалистов; 7) несистематический (нестандартизованный) анализ суицидального поведения населения; 8) неполный (без учета объема и качества лечения, лекарственного комплаенса, сопутствующего злоупотребления психоактивными веществами) анализ суицидальных попыток и суицидов психически больных; 9) неразработанность критериев оценки качества работы звеньев Сс; 10) недифференцированное использование методов психосоциального воздействия и реабилитации, включая близких суицидента; 11) малое привлечение ресурсов общества: СМИ, добровольцев, религиозных и благотворительных организаций, групп самопомощи, включая бывших суицидентов и их близких.

Указанные проблемы препятствуют выполнению основополагающих принципов Сс: неотложность и интенсивность, доступность и преемственность. Тенденции развития и функционирования местной Сс противоречивы и противонаправлены; их планомерное развитие - первоочередная задача не только и не столько психиатрических служб, но общественного здравоохранения и должно быть гарантировано ФЗ об охране здоровья граждан.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ СУИЦИДОВ В РОССИИ

Е.Б. Любов (Москва), М.В. Морев и О.И. Фалалеева (Вологда)

Цель: определение удельного веса потерь для общества в связи с суицидами (С) в объеме смертности в России в 2009 г. на национальном и региональном уровнях.

Материалы и методы. Бремя С представлено стандартизованными ВОЗ для объективизации бремени смертности на международном уровне единицами потерянных из-за С лет «здоровой» (трудоспособной) жизни, YLL, с поправкой на пол и возраст, в данной работе – до пенсионного возраста по старости. Экономические потери РФ выражены неполученным в связи с преждевременной смертностью подушевым ВВП или ВРП в руб. 2009г.

Результаты. Потери от С (645.061 YLL, или 722,6 на 100 тыс. трудоспособного населения) превышают таковые от любых иных причин смертности от внешних причин и сравнимы с потерями от приоритетных для здравоохранения злокачественных новообразований (640.249) и ишемической болезни сердца (ИБС) (675.369). Потери от С составляют 0,46% ВВП (ИБС- 0,48%, опухолей - 0,45%). Наибольшее бремя С в Сибирском ФО (0,77% ВРП). По потерям ВРП от самоубийств лидирующие места в стране заняли Чукотский автономный округ (2,7%), Республика Алтай и Забайкальский край (по 1,6% ВРП). У женщин бремя С (73.486 YLL) превосходит таковое из-за любых иных причин смерти при меньшем в 7,2 раза уровне С в трудоспособном возрасте, чем у мужчин; у последних бремя С (571.575 YLL) уступает лишь ИБС (608. 686). Среди молодежи и молодых взрослых (20-29 лет, составляющих 27,5% трудоспособного населения РФ, бремя С наибольшее (37% суммарных YLL) в сравнении с иными причинами смерти. Среди молодежи 15-29 лет потери от С (339.999 YLL), сравнимы с транспортными несчастными случаями (320.102), и более чем вдвое выше потерь от убийств и суммарных потерь от сердечных и онкологических заболеваний. С до 24 лет составляют >1/3 суммарных **YLL** в связи с С. и 43% - транспортных несчастных случаев, тогда как для ИБС 2%, новообразований – 15%. На С приходится > 1/3 смертей от внешних причин лиц трудоспособного (20-59 лет) возраста, больше, чем в связи с транспортными несчастными случаями (30%).

Выводы. Указывает на существенный «вклад» предотвратимой смертности в связи с суицидом в объеме социально-экономических потерь в связи со смертностью населения страны и в отдельных ее регионах, диспропорциональный среднестастическому уровню самоубийств в стране. Потери лет продуктивной жизни, особенно в группе наиболее социально активного населения служат научно доказательным обоснованием планирования и развития местных и общенациональной программ предотвращения суицидов и последующего мониторинга их ресурсосберегающей эффективности.

СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРЕМОРБИДЕ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ

Моисейчева О.В. (Москва)

С целью изучения соматической отягощенности преморбида при разных типах депрессий, выявления клинико-психопатологических особенностей депрессивных состояний было проведено обследование 80 больных депрессией, с соматическими заболеваниями в анамнезе, находившихся на лечении в отделении расстройств аффективного спектра МНИИП Росздрава, (из них 68 женщин, 12 мужчин). Использовались анамнестический, клинико-психопатологический методы, шкала Гамильтона. Возраст больных от 18 до 65 лет, средний возраст обследованных 45 года.

В соответствии с критериями МКБ -10 больные распределились следующим образом:

F 31.3 –15 человек; F 32.0 – 2 человек; F 32.1 –15 человек; F 32.2 -1 человек; F 33.01 -2 человек; F 33.1-41 человек; F33.2 - 4 человек.

Больных депрессией отличала большая распространенность болезней органов пищеварения (БОП) - 57% обследованных, болезней органов кровообращения (БОК) – 45%, заболеваний органов дыхания (БОД) – 39%, гинекологических болезней (ГБ) – 33%, эндокринных заболеваний (БЭС) - 24% , болезней опорно-двигательной системы (БОДА) – 22%.

Анализ данных клинико-психопатологических карт позволил в соответствии с типом ведущего аффективного компонента выделить три группы пациентов: у 41 человека преобладала тревога, у 24 – тоска, у 15 – апатия. В группе с ведущим тревожным аффективным компонентом (ТРА) наиболее распространенными были БОК, БОД, БОДА; в группе с ведущим тоскливым (ТА) – БОК, БЭС; а в группе с ведущим апатическим (АА) – БОП, БОД. В группе больных с АА в сравнении с группой ТРА превалировали БОП (67% и 39% соответственно), в сравнении с группой ТА – БОД (47% и 20% соответственно). У пациентов с ТРА чаще, чем у группы с ТА встречались БОДА (32% и 12% соответственно). При БЭС более были замечены пациенты групп с ТРА и ТА. Различия в распространенности среди групп БОК были выражены незначительно.

30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ (МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АСПЕКТЫ)

Г.Н. Носачев (Самара)

Реформирование психиатрической помощи больным с депрессиями продолжает оставаться одной из важнейших задач клинической психиатрии. Если в отношении диагностики депрессивной симптоматики наметились определенные успехи, включая их выявление в первичной медицинской сети (Краснов В.Н., 1999,2011), то проблемы лечения в отношении как эпизодов (фаз, рецидивов), так и (особенно) динамики болезни далеки от решения, тем более в разработке динамических стандартов терапии. Наиболее видимыми причинами являются отсутствие четкой преемственности катамнестического наблюдения с учетом клинической оценки эффективности лечения и отсутствие комплексного характера динамического лечения заболевания.

Ретроспективный анализ комплексной терапии депрессивных состояний показал, что его можно провести только с учетом нескольких основных параметров. Во-первых, с позиций этиологии депрессий – органические, эндогенные, психогенные. Во-вторых, с позиций личностных особенностей пациента – первичные, вторичные и третичные расстройства личности. В-третьих, с позиций наличия или отсутствия социальной поддержки, включая стигматизацию (первичную, вторичную, ятрогенную) и дискриминацию. И, наконец, в-четвертых – с позиций проводимой терапии, которая должна учитывать структуру депрессивного синдрома (тоскливый, тревожный, апатический, смешанный), глубину депрессии (легкая, умеренная, тяжелая, психотическая и непсихотическая), длительность (реакция-эпизод-континуум), фазность (уни- и биполярные), хронобиологические особенности (околосуточные, месячные, сезонные, солнечные).

Следовательно, комплексный подход к лечению депрессий собственно должен включать в себя в том или ином объеме указанные параметры. В данном подходе на разных этапах реабилитации ведущим может быть медикаментозный метод, а немедикаментозные носить вспомогательный характер, а на следующем этапе динамики болезни (а иногда и эпизода) ведущее место могут занимать немедикаментозные (хронотерапевтические, психотерапевтические, психологические, индивидуально-социальные) методы.

Современные параклинические возможности наук, изучающих мозг, должны служить важным и естественным дополнением динамического клинико-психопатологического анализа для внесения дополнений и изменений в стандарты динамической терапии депрессий.

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

А.В. Павличенко (Москва)

Современная номенклатура психических заболеваний, предназначенная для нужд психиатрической службы, в общемедицинской практике малопригодна. В 1996 г. ВОЗ издала первую классификацию психических расстройств для врачей-интернистов - ICD-10 PHC, включающую 23 рубрики. В настоящей работе была сделана попытка выделить психопатологические состояния, наиболее часто встречающиеся в условиях многопрофильной больницы. Изученную выборку составили более 2800 пациентов, проходивших лечение в ГКБ№33 г. Москвы. Целесообразность использование тех или иных психиатрических рубрик и их диагностические критерии обсуждался с врачами 15 различных специальностей. Ниже приведен перечень 29 психиатрических рубрик, которые могут быть включены в адаптированный для России вариант ICD-10 PHC. ***Психотические расстройства*** можно разделить на *состояния с помрачением сознания*, включающие: делириозное расстройство, состояние спутанности сознания, патологическое психотическое опьянение, ступорозное состояние и *на состояния, протекающие без помрачения сознания*: острое психотическое расстройство, хроническое психотическое расстройство, деменция, амнестический синдром и биографическая амнезия. ***Непсихотические расстройства*** могут быть объединены в следующие рубрики: психоорганический синдром, хронический алкоголизм, наркомания, острое алкогольное опьянение, алкогольный абстинентный синдром, истеро-невротические расстройства, истерический припадок, ипохондрическое расстройство, тревожное расстройство, паническое расстройство, депрессивное состояние, тревожно-депрессивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, острая реакция на стресс, психопатические реакции, расстройства приема пищи, расстройства сна, умственная отсталость, суицидальная попытка, суицидальные тенденции.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СУИЦИДОЛОГА ПНД

М.В. Пак, Л.Г. Мугурдумова (Москва)

Кабинет суицидолога ПНД №9 взаимодействует с «Телефоном доверия» ПНД№14, кризисным стационаром ГКБ№20 и НИИ СП, местным УВД, соблюдая принципы неотложности, организационного соответствия, преемственности, функциональной связи сохранившихся звеньев столичной суицидологической помощи. Обязанности суицидолога следующие: 1) обследование, лечение и профилактика суицидального поведения пациентов ПНД или не зарегистрированных психиатрической службой (до 60% обращений); 2) разработка индивидуального плана лечения пациента; 3) ведение медицинской документации; 4) консультирование с врачами ПНД пациентов с суицидальным риском для коррекции диагноза и терапии; 5) организация, проведение и оценка эффективности психогигиенических мероприятий во избежание «выгорания» персонала ПНД, на предприятиях и учреждениях в зоне обслуживания ПНД; 6) целевое обучение персонала ПНД; 7) участие в консилиумах с интернистами лиц с сочетанной соматической патологией, направляемых из поликлиник, центров социального обслуживания населения; 8) экспертная работа при расследовании дел, связанных с самоубийствами или парасуицидами; 9) сотрудничество со СМИ для пропаганды здорового образа жизни, дестигматизации психиатрической (суицидологической) помощи; 10) участие в разработке местной программы по предотвращению суицидов; 11) участие в конференциях специалистов кризисного стационара и «телефона доверия», координация их работы, в разработке критериев эффективности суицидологической службы города; 12) регулярный мониторинг и оценка уровня суицидов и парасуицидов в зоне обслуживания ПНД. Суицидолог выполняет обязанности врача упраздненных в столице кабинетов социально-психологической помощи и медицинского психолога, участвует в научно-практической и педагогической работе отделения суицидологии МНИИ психиатрии, в том числе в разработке положений о местной суицидологической службе, критериев ее эффективности, функциональной нагрузке ее работников. Кабинет суицидолога ПНД – организационно-методический центр для внедрения и научно доказательной оценки методов внебольничной диагностики, лечения и профилактики групп риска суицидального поведения, целевого обучения персонала общемедицинских и психиатрических ЛПУ, проведения психогигиенических и просветительских мероприятий в населении.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕПРЕССИИ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА

О.В. Петрунько (Иркутск)

Среди стационарного контингента пациентов проведено обследование 103 больных с депрессивным расстройством (МКБ-10, 1994): женщин - 83,5%, мужчин –16,5%. Средний возраст к началу исследования - 44,5±1,5 лет. По типу течения пациенты распределились следующим образом: единичный депрессивный эпизод (ДЭ) – 24,3%, рекуррентное депрессивное расстройство –75,7%.

Среди пациентов с депрессивным расстройством выделены две группы пациентов: ДЭ с диагностически очерченными критериями ГТР в соответствии с DSM–IV-TR (n=51, 49,5%), ДЭ с субдиагностическими проявлениями ГТР (n=52, 50,5%).

В зависимости от наличия/отсутствия ГТР, ассоциированного с депрессией, среди двух выделенных групп пациентов отмечены достоверные отличия ($p<0,001$ до $p<0,05$) по следующим показателям: тяжесть и длительность депрессивного эпизода, наличие вегетативных расстройств и различие в механизме их возникновения; характер патологических телесных сенсаций, частота сопутствующих пароксизмальных тревожных расстройств, а также уровень социального функционирования. Депрессивное расстройство с диагностически очерченным ГТР и длительностью тревожного расстройства не менее 6 месяцев отличает по сравнению с пациентами ДЭ с субдиагностическими проявлениями ГТР: большая тяжесть депрессии (тяжелый депрессивный эпизод - 82,4% и 42,3% соответственно, умеренный ДЭ - 17,6% и 55,8% соответственно), длительностью текущего ДЭ (средняя длительность текущего ДЭ 10,3+1,5 мес.), постоянное/ периодическое неспровоцированное возникновение вегетативных расстройств, патологические телесные сенсации преимущественно в виде сенестоалгий, коморбидные атипичные панические атаки и, что существенно, значительное снижение социального функционирования (пациенты чаще являлись инвалидами, реже продолжали трудовую деятельность).

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

S. Platt (Эдинбург, Шотландия)

Последние 20 лет политика общественного здравоохранения в Европе обращена к уравниванию показателей болезненности и смертности, отчасти определенных социо-экономическими различиями (неравенством) отдельных стран, регионов и групп населения. Большинство программ профилактики фокусированы на снижении общего уровня суицидов, но различия риска суицидального поведения отмечены на ряде уровней: индивидуальном (возраст, пол, этническая / расовая принадлежность, социо-экономическое благополучие), локальном (уровень социо-экономического положения района проживания, культуральные особенности) и государственном (сравнение стран с высоким уровнем доходов с таковыми со средним и низким уровнями доходов населения). Так, психические расстройства – потенциальный фактор риска суицида в странах с разными уровнями экономического развития, но «вклад» таких расстройств может быть ниже в развивающихся странах, чем развитых (60% против 90%). Общими факторами риска на уровне стран являются молодой и пожилой возраст, попытки суицида в анамнезе, стрессогенные жизненные события (как безработица), облегченный доступ к средствам самоубийства (не только огнестрельное оружие, но и безрецептурные слабые анальгетики). В развивающихся стран группы риска отличны от таковых в странах (регионах) с относительно высоким доходом населения – замужние женщины в сельской местности; для экономически рецессивных регионов на первый план выступают социальные и культуральные конфликты. При этом между уровнями жизни (достатка) населения и риском самоубийств нет прямой взаимосвязи. Одним из лидеров по показателям самоубийств остается Швеция, успешно решающая социальные проблемы. В развитых странах ежегодно происходит 130 тысяч самоубийств, где большую их часть можно отнести к связанным с ценностно-нормативным кризисом общества (аномическим). Необходимы социально-философское осмысление контекстуального риска суицида на макроуровне и анализ универсальных последствий социально-экономических изменений для уязвимых групп населения.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С БОЕВЫМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

А.В. Погосов, Ю.Н. Сочивко

Психическое здоровье военнослужащих, участвующих в локальных войнах, относится к числу актуальных проблем психиатрии.

Цель исследования: изучение клиники и социальных последствий, разработка реабилитационных мероприятий при хронических боевых посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). **Материалы и методы.** Клинико-психопатологически изучены 247 участников контртеррористических операций в Чеченской республике в 1993-2003 гг., состоявших на учете военного комиссариата Выселковского района Краснодарского края. Учтен их социальный статус.

Результаты. У участников боевых действий высок удельный вес боевого ПТСР (78,42%). В 81% случаев отмечено хроническое течение ПТСР. Облигатные синдромы представлены «повторными переживаниями», «избеганием» и «повышенной активацией». Факультативные синдромы характеризовались неврозоподобными (депрессивными, соматоформными, тревожными), психопатоподобными (аффективно-неустойчивыми, истерическими) нарушениями и аддиктивным поведением. В зависимости от разновидности факультативного синдрома обозначены следующие клинические варианты хронического ПТСР: неврозоподобный, аддиктивный и психопатоподобный. Социальное положение больных хроническим ПТСР (образование, трудовой и семейный статус, качество жизни) было ниже, чем у перенесших острое ПТСР (т.е. практически здоровых). Наихудший социальный прогноз при психопатоподобном варианте хронического ПТСР. Более половины (59%) больных с хроническим ПТСР обнаруживали среднюю степень тяжести расстройства; 7% – тяжелую; 34% – легкую. Установлена роль дополнительных факторов (психотравмы, соматические заболевания) в хроническом течении ПТСР. Данные исследования использованы при разработке программ сельского «Центра медико-социальной реабилитации» больных в Выселковском районе Краснодарского края. В работе Центра использован биопсихосоциальный подход с участием полипрофессиональной бригады: психиатр, психиатр-нарколог (в случаях аддиктивного варианта ПТСР), психотерапевт, клинический психолог, специалист по социальной работе. Эффективная работа центра обеспечена межведомственным взаимодействием с подразделениями военного комиссариата, социальной защиты населения, центра занятости, спортивными и ветеранскими организациями.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ (МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ) ТЕРАПИИ КОМОРБИДНЫХ ТРЕВОЖНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

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).

Обследовано 28 больных коморбидными тревожными (генерализованное тревожное расстройство – ГТР) и аффективными расстройствами – АР (легкий и умеренный депрессивный эпизоды). Клиническая диагностика осуществлялась с использованием указаний МКБ-10. Одновременное присутствие в клинической картине заболевания симптомов ГТР (F 41.1) и АР (легкий депрессивный эпизод – F 32.0 и умеренный депрессивный эпизод – F 32.1) при достаточной степени выраженности симптомов давали основание для раздельной диагностики этих расстройств. Основная группа была представлена больными (12 чел. – 42,86%) с коморбидными ГТР и АР, в лечении которых применяли сочетание психофармакотерапии и когнитивно-поведенческой психотерапии. Контрольную группу составили больные (16 чел. – 57,14%) с тем же диагнозом, получавшие только психофармакотерапию.

Результаты проведенного исследования продемонстрировали эффективность включения в комплекс терапевтических мероприятий больных коморбидными тревожными и аффективными расстройствами когнитивно-поведенческой психотерапии

Она подтверждена данными динамического анализа показателей эмоционально-личностной сферы больных до начала или после завершения лечения. Эмоционально-личностная сфера больных коморбидными тревожными 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 генрализованно-тревожными и аффективными 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 тревожных и аффективных расстройств.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Радионова М.С., Салтанова И.В. (МГППУ)

В современном обществе на фоне веяний моды и ужесточения требований к внешнему виду, а также увеличения нервно-психической заболеваемости среди населения расстройства пищевого поведения набирают частоту. Изучение факторов риска расстройств пищевого поведения является крайне важным: располагая такими данными возможно при помощи своевременных профилактических, просветительских и коррекционных мер предотвратить их возникновение.

Целью проведенного исследования было выявление индивидуально-личностных факторов риска расстройств пищевого поведения. Были использованы методики: Методика исследования самоотношения (МИС), Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ); Тест отношения к еде (EAT-26); Самооценка психических состояний Г.Айзенка; Уровень субъективного контроля (УСК). Обработка данных осуществлялась при помощи программы SPSS 18.0.

Выборку составили 95 девушек в возрасте от 17 до 25 лет, учащиеся и работающие в Москве, не имеющих клинического диагноза расстройства пищевого поведения. Из общей выборки было сформировано 2 группы на основании результатов методики EAT-26: группа риска возникновения расстройств пищевого поведения и группа нормы. Затем вся выборка была разделена на 3 группы на основании методики DEBQ: девушки с преобладанием ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения.

Результаты показали, что наиболее опасным для возникновения расстройств пищевого поведения является ограничительное пищевое поведение, в то время как проявления экстернальности в питании данный риск уменьшают. Высокая интернальность в сочетании с высоким саморуководством могут выступать факторами риска возникновения расстройств пищевого поведения при условии смещения локуса контроля с различных сфер жизни на сферу пищевого поведения. Для группы риска расстройств пищевого поведения характерны: пониженная самоценность и самопринятие, повышенное самообвинение, психическая ригидность, тревожность и фрустрированность.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В ПЕРВИЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЗВЕНЕ

Д.В. Романов, В.С. Баранов, М.С. Степаньков (Самара)

Система психиатрической помощи выявляет малую часть расстройств личности (РЛ). Существующий в практической психиатрии подход отдает приоритет изолированной диагностике аффективных, тревожных и невротических расстройств без попыток их рассмотрения в контексте личностной аномалии. Пациенты, страдающие РЛ, редко обращаются к психиатру по собственной инициативе. При получении помощи в первичном медицинском звене они выступают источником конфликтов, дополнительных затрат, и олицетворяют собой образ «проблемного пациента». В рамках реализации Национального проекта «Здоровье» для врачей первичного медицинского звена сотрудниками кафедры психиатрии СамГМУ разработан и проводится цикл «Основы психотерапевтического общения». Программа цикла включает вопросы раннего распознавания РЛ врачом-интернистом. Особое внимание уделяется описанию основных вариантов паттернов аномального характера. Обсуждается тактика установления рабочих отношений при различных вариантах психопатий. Проводятся разграничения полномочий врача первичного звена и психиатра в отношении лечения психических нарушений у пациентов с РЛ. Предлагаются схемы взаимодействия врача-интерниста с психиатром, основания направления больного к психиатру (психотерапевту). Практика проведения подобных циклов демонстрирует большую потребность врачей первичного звена в обучающих программах по психиатрии, а также приводит к увеличению направлений пациентов первичной медицинской сети в психиатрическую службу. Представляется, что введение таких образовательных циклов в программы последипломного обучения врачей амбулаторной практики в качестве облигатного компонента способно улучшить взаимодействие между специалистами и сделать психиатрическую помощь более доступной для определенной части населения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У ТЕЛЕУТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ И ТРЕВОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Салмина-Хвостова О.И., Калашникова Т.В., Ковылин А.И. (Новокузнецк)

Введение. Этнокультуральные исследования психического здоровья в настоящее время являются одними из наиболее актуальных и перспективных направлений в психиатрии (Дмитриева Т.Б. и соавт. 2004). Комплексный характер терапии, с учетом этнических особенностей, позволяет повысить эффективность проводимых профилактических и реабилитационных мероприятий (Liebowitz M.R., 2006).

Цель исследования: изучить эффективность лечебно-реабилитационных программ у коренных жителей - телеутов Кузбасса с депрессивными и тревожными нарушениями.

Материалы и методы исследования. Невыборочным методом были включены в исследование 91 телеут. Для оценки эмоционального состояния пациентов все обследованы до начала лечения и спустя 1 и 6 месяцев после лечения, с использованием сокращенного варианта теста САН (Доскин В.А., с соавт., 1973); шкал Бека, Цунга. Методом случайного отбора телеуты разделены на две группы, сопоставимых по наличию аффективных нарушений, возрасту, полу: I-группа, в которой проводилась только медикаментозная терапия и II-группа, в которой проводилась дифференцированная программа лечения (медикаментозная терапия и психотерапия).

Результаты и их обсуждение. Анализ эффективности программ лечения проводился путем сравнения динамики психологического состояния телеутов в I-группе и во II-группе.

Выводы. Медикаментозная терапия улучшает психологическое состояние телеутов, снижая показатели депрессии. А использование дифференцированных программ позволяет повысить эффективность лечения, обеспечивая достоверно более выраженную положительную динамику психологического состояния телеутов.

Таблица 1

Динамика показателей (DM±m, баллы) психологических тестов у телутов в I и II-группах

Тесты	Через 1 месяц		Через 6 месяцев		P
	I-группа	II-группа	I-группа	II-группа	
САН, шкалы:					
Самочувствие	+1,0±0,2	+2,0±0,2	+0,9±0,5	+2,0±0,2	<0,001
Активность	+0,4±0,2	+1,4±0,2	+0,2±0,2	+1,1±0,01	<0,001
Настроение	+0,5±0,1	+1,0±0,2	+0,5±0,4	+0,4±0,3	<0,05
Шкала Бека уровень депрессии	-3,7±0,8	-6,7±0,7	-3,0±1,4	-6,1±2,0	<0,05
Шкала Цунга уровень тревоги	-4,7±1,6	-9,0±1,2	-3,4±0,8	-5,0±1,7	<0,001

ОПЫТ КОРРЕКЦИИ АСТЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У СТУДЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Н.С. Сединина (Пермь)

Астенические расстройства являются современной медицинской проблемой, «болезнью цивилизации». Нередко они встречаются среди студентов, особенно тех, кто сочетает учебу с работой, имеет семью. Данное состояние мешает учёбе, реализации творческих возможностей личности и отрицательно сказывается на здоровье. Факторами риска возникновения астении становятся большой объем новой информации, дефицит времени, а также отсутствие возможности полноценного питания, недостаточный сон. Нами была изучена распространенность астенических нарушений у студентов 5 курса медицинского вуза в конце учебного года и оценена возможность их коррекции. У 88 человек был определен уровень астении по Шкале астенических состояний (в адаптации Т.Г.Чертовой) и уровень нервно-психической адаптации по методике И.Н.Гурвич. Астенические расстройства выявлены в 26,1% студентов, тогда как распространенность астении в общей популяции колеблется от 12,2 до 18,3%. Была зафиксирована высокая степень прямой корреляции между выраженностью астении и нервно-психической дезадаптацией (коэффициент корреляции 0,773). На индивидуальной консультации были даны советы по немедикаментозной коррекции состояния. 12 студентам был проведен курс лечения препаратом «Ладастен», наблюдалось улучшение самочувствия, последовательная редукция истощаемости, эмоциональной лабильности, раздражительности к 14-21 дню приема препарата, что оценивалась по динамике жалоб пациентов.

КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА (ОПЫТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО И МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ПОДХОДОВ)

Г.И. Семикин, Е.Б. Любов (Москва)

Сложную биопсихосоциальную проблему ранней диагностики, профилактики и целевой преемственной терапии кризисных состояний студентов следует решать при междисциплинарном межведомственном взаимодействии специалистов, в русле политики ВОЗ. Программа кафедры валеологии Московского Технического Университета (МТУ) и отдела суицидологи Московского НИИ психиатрии состоит из следующих последовательных взаимосвязанных этапов. *На первом этапе* будет проведено анонимное скрининговое исследование студентов I-II курсов (до 500 чел.) произвольно избранного факультета МТУ. Для выявления ранних признаков кризисного состояния (в том числе риска суицидального поведения), а также компенсирующих такое состояние факторов будет использован оригинальный опросник МНИИП. Параллельно будет проведен анонимный невыборочный опрос преподавателей МТУ (по оригинальному опроснику МНИИП) для выявления их осведомленности о проявлении, последствиях и мерах предупреждения кризисных состояний (суицидального поведения) студентов. Длительность этапа 6 месяцев. *На втором этапе*, исходя из полученных данных, будут выделены группы студентов с риском кризисных состояний. Им будут приоритетно предложены на базах МТУ и МНИИП оздоровительная программа, психотерапевтические занятия, фармакотерапия. К процессу лечения будут привлечены близкие пациентов, они будут включены по необходимости в семейную терапию. Выделению группы-мишени будет способствовать широкая просветительская работа в МТУ с использованием средств СМИ. Возможно привлечение добровольцев, священнослужителей. Лечебно-профилактической работе со студентами будет сопутствовать целевое обучение преподавателей, позволяющее повысить уровень осведомленности о кризисных состояниях из подопечных, мерах их скорейшего выявления и профилактики. Возможно определение «выгорания» преподавательского состава, с последующей психотерапевтической и лекарственной помощью. Длительность этапа 12 месяцев (необходимая помощь студентам и их близким проводится бессрочно). *На третьем этапе* будет осуществлена многоуровневая (клинико-социальная) оценка эффективности программы с первоочередным привлечением опросников пациентов и их близких, а также шкал, объективизирующих восстановление и укрепление социального и ролевого функционирования, качества жизни, позиций душевного и физического здоровья. Будут выработаны и уточнены критерии эффективности кризисной помощи как внедиспансерного отдела психиатрической службы. Длительность этапа 6 месяцев. Научно обоснованная многоуровневая междисциплинарная и межведомственная модель кризисной помощи, охватывающая все ее последовательные этапы (ранняя диагностика, первичная, вторичная, третичная профилактика и биопсихосоциальное лечение) студентам может быть использована в практической деятельности других ВУЗов страны.

МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ И МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРАКТИКЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

О.Н. Степанова (Омск)

Несмотря на «среднестатистический» уровень самоубийств в Омской области, важность развития специализированной службы не умаляется. Создана межведомственная группа, нацеленная на предупреждение суицидального поведения населения; составлен паспорт кризисной помощи в регионе. Меньшая доля суицидов, приходящаяся на психиатрических пациентов, указывает на важность многоуровневой программы превенции суицидального поведения населения. Многоканальный «Телефон доверия» с привлечением сотовых операторов повысил доступность кризисной помощи; психологи отделения ведут индивидуальную и групповую работу. Расширена сеть кабинетов медико-психологической помощи. Население регулярно оповещается о ресурсах помощи через СМИ, социальную рекламу. Увеличит доступность, неотложность и преемственность суицидологической службы кризисный стационар, планируемый за счет реструктуризации коечного психиатрического фонда. Положительны сдвиги в профилактике суицидального поведения возможны при взаимодействии органов здравоохранения с другими министерствами и ведомствами Омска и Омской области. Предстоит систематизировать сбор и анализ данных о суицидальных попытках и суицидам населения и в отдельных группах риска; организовать целевое обучение врачей общей практики, педагогов, расширить штат специалистов кризисной помощи. Необходимо внедрение критериев эффективности региональной службы в целом и ее звеньев. Планируем создать Интернет-службу кризисной помощи. Оптимизация межведомственного взаимодействия приведет к расширению спектра антикризисных услуг в социальных и медицинских учреждениях города и области, а в дальнейшем – к появлению суицидологического центра.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ГОЛОСОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Стукало А.В., Вельтищев Д.Ю., Романенко С.Г. (Москва)

В патогенезе голосовых расстройств (ГР) наряду с профессиональным фактором повышенной голосовой нагрузки, существенную роль отводят психотравмирующим и характерологическим факторам. В этой связи ГР часто сопутствуют психические расстройства, преимущественно тревожно-депрессивного спектра (РТДС) и соматоформные расстройства, имеющие наибольшую связь с психотравмирующими факторами. В задачи данного раздела комплексного исследования входило выявление вариантов психических расстройств у пациентов с ГР органического и функционального генеза на основании клинико-психопатологического анализа для определения дифференцированных подходов к терапевтической тактике. В соответствии с критериями МКБ–10 проведена психопатологическая диагностика психических расстройств у 98 пациентов, страдающих ГР, обратившихся в Московский научно-практический Центр оториноларингологии. В обследованной группе больных с ГР функционального и органического генеза доминировали РТДС: легкие и умеренные депрессивные эпизоды (46%), чаще всего (64%) имеющие рекуррентное течение. Достаточно часто диагностирована дистимия (16%) и шизотипическое расстройство с тревожным или депрессивным синдромом (17%). Расстройства адаптации, связанные в своем развитии с травмирующим фактором соматического заболевания в виде ГР, встречалось достаточно редко, как и генерализованное тревожное расстройство (ГТР), лишь у 7 пациентов (7%). Соматоформные расстройства, включая соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы, ипохондрию и диссоциативное расстройство были диагностированы в качестве сопутствующих РТДС синдромов и выявлялись более чем у трети от всех обследованных (38%). Кроме того, у семи больных в структуре РТДС наблюдался обсессивный синдром, имеющий связь с ГР. У значительной части пациентов (60%) выявлено умеренное когнитивное расстройство (УКР). Распределение психических расстройств в группах больных с органическими и функциональными ГР было различным. В целом, установлено, что ГР функционального генеза характерны соматоформные расстройства, в то время как органическим - ГТР. Результаты свидетельствуют о необходимости дифференцированной диагностики психических расстройств у больных фониатрической практики, для определения адекватной терапевтической тактики с применением психофармакологических препаратов в комплексном лечении голосовых расстройств.

ОЦЕНКА ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ ПРИ ЭНДОГЕНОМОРФНОЙ ДЕПРЕССИИ С УЧЕТОМ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ

Трофимова О.С., Антипова О.С., Краснов В.Н. (Москва)

Целью исследования является совершенствование подходов к комплексной оценке ответа на терапию при эндогеноморфной депрессии с учетом особенностей терапевтической динамики вегетативной реактивности. Основная группа включала 58 больных тревожной и тревожно-тоскливой эндогеноморфной депрессией легкой и умеренной степени тяжести; контрольная: 48 здоровых лиц. Курс терапии базировался на применении СИОЗС в терапевтических дозах, допускалось назначение витаминов, церебропротекторов. В качестве тимостабилизатора на 3-4-й неделе при повторных эпизодах присоединялся финлепсин-ретард. Проводилось клинико-психопатологическое, клинико-анамнестическое и психометрическое исследование, а также оценка вегетативной регуляции на основе анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР). До начала терапии у больных депрессией по сравнению с группой здоровых лиц выявлена редукция общей ВСР, что согласуется с результатами многочисленных работ других авторов. Однако в большинстве подобных исследований, как правило, не предпринимается попыток патофизиологической интерпретации редукции общей ВСР. Подобные изменения являются неспецифическими и свойственны любым состояниям, в патогенезе которых имеет место дистрессовый механизм. Согласно полученным данным, особенностью депрессии является устойчивость этих изменений. Так, у респондеров на 3-й неделе терапии наблюдался прирост общей ВСР, а к 6-й неделе эти показатели возвращались к прежнему уровню. При этом соотношение активности симпатических, парасимпатических и надсегментарных эрготропных систем и на 3-й, и на 6-й неделе терапии оставалось прежним. При депрессии легкой степени тяжести баланс активности различных отделов вегетативной нервной системы (ВНС) оставался таким же, как и в норме. При умеренно выраженной депрессии наблюдалось повышение активности надсегментарных эрготропных систем и истощение симпатоадреналовых барорефлекторных механизмов. Катамнестические наблюдения 28 больных из подгруппы респондеров показали, что в 64,3% случаев спустя год редукция общей ВСР сохранялась, несмотря на клинически очерченную медикаментозную ремиссию. В подгруппе нонреспондеров к 6-й неделе терапии редукция общей ВСР усугублялась, а также наблюдалось достоверное повышение активности надсегментарных эрготропных систем. Полученные данные можно учитывать при дальнейшей разработке подходов к оценке ответа на терапию при эндогеноморфной депрессии.

ПСИХИКА БОЛЬНОГО ПСОРИАЗОМ

Л.Г. Урсова, В.В. Владимиров (Москва)

526 больных обследованы методами клинической психиатрии и психологическими тестами. Выявлено, что при псориазе психологические проблемы присутствуют всегда. В 56% случаев психическая травма провоцирует начало заболевания, а при рецидивах отмечается еще чаще. На протяжении болезни чувствительность к психогении возрастает, и для утяжеления состояния бывает достаточно небольших волнений. Источником психогении является и само заболевание, с его уродующими внешность высыпаниями, с необходимостью изменения образа жизни. В основе высокой чувствительности к психогении оказывается низкая стрессоустойчивость, как личностная особенность больных. Психические нарушения обнаруживаются в 74% случаев. В основном это – пограничные расстройства: разного содержания депрессии, астенические состояния, иногда с эксплозивными реакциями, истерические, навязчивые и сверхценные образования. В тесте HADS существенно преобладает тревога над депрессией. Если декомпенсация психического состояния совпадала с соматической, то в начале психопатологическая симптоматика проявлялась, как психогенное реагирование на факт обострения кожного процесса, в дальнейшем она становится все более самостоятельной и утрачивает связь с соматогенией. На протяжении болезни прослеживается эндогенизация психических расстройств: выявляется личностная акцентуация, появляется цикличность, нарастает аутизация. При тестовом обследовании в 58% случае отмечена опора на второстепенные признаки в суждениях. В других тестах отмечается сенситивность, ранимость, нарушения способности к социальной адаптации. Адекватно подобранная психофармакотерапия позитивно влияет не только на психическую, но и соматическую патологию, особенно на фоне рациональной психотерапии.

РЕЛИГИОЗНЫЙ ФАКТОР В КОПИНГ-СТРАТЕГИЯХ ЛИЦ, ПЕРЕЖИВШИХ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ СОБЫТИЯ В ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

И.С. Хажуев, К.А. Идрисов (Грозный)

Сверхсильное воздействие множества психотравмирующих событий на фоне длительной неблагоприятной социально-экономической и морально-психологической ситуации, вызванной военными действиями, требует формирования новых копинг-стратегий, способствующих адаптации людей в непривычных и опасных для себя условиях. Копинг-стратегии – поведение, направленное на приспособление к обстоятельствам и предполагающее сформированное умение использовать определенные ресурсы для преодоления эмоционального стресса.

С целью изучения особенностей формирования механизмов совладания у населения Чеченской Республики, длительное время проживавшего в условиях чрезвычайной ситуации, исследованы группы гражданских лиц и участников контртеррористической операции. Для выявления особенностей механизмов копинг поведения использованы: «Методика многомерного измерения копинга», копинг-тест «Опросник о способах копинга».

Результаты. В условиях длительной чрезвычайной ситуации, в контексте социокультурных влияний в традиционно консервативном и религиозном обществе, особую роль в формировании совладающего поведения играют социально-психологические и этнокультурные свойства личности, которые становятся детерминантами социальной адаптации лиц, переживших психотравмирующие события. Психотравмы часто личностно воспринимаются через призму религиозного мировоззрения и веры в некое предназначение и предопределение, что придает происходящему божественный смысл и объяснение. Отсюда пережившие психотравмирующие ситуации в большей мере сохраняют внутреннее равновесие и ощущение психического здоровья.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОГРАММЕ «ИНФОРМИРОВАННОСТЬ – МОНИТОРИНГ – ВМЕШАТЕЛЬСТВО»

С.В. Харитонов (Москва)

Материалы и методы. Проспективно в течение трех лет изучена динамика суицидального поведения 169 больных личностными расстройствами, обратившимися в отделение суицидологии МНИИ психиатрии в пресуициде и включенных в авторскую программу «Информированность – мониторинг-вмешательства» (ИМВ). На первом этапе ИМВ после заключения суицидологического соглашения (контракта) с суицидентом, близкие в присутствии и с согласия пациента информированы о профилактике суицидального поведения последнего. Дополнительно обговаривались частота мониторинга состояния пациента при контакте с ним. Больному и его близким предоставлена контактная информация о кризисных службах, номера телефона и электронной почты лечащего врача. Наиболее развернутым компонентом информирования являлись занятия с близкими (индивидуально и в микрогруппах) по формированию у них навыков кризисных вмешательств с разъяснением поведения больного в пресуициде. На втором этапе ИМВ осуществлен мониторинг. Под мониторированием понималась активность близких в оценке самочувствия и состояния пациента через определенные интервалы времени по скрининговым шкалам, опросникам и при неформальной беседе. Затем родственники и близкие (в ряде случаев с пациентом) заполняли таблицу мониторинга. Третьим компонентом программы стали активные самостоятельные вмешательства обученных врачом близких при ухудшения пациента в виде телефонного консультирования с кризисными службами или лечащим врачом.

Результаты. Эффективность ИМВ высоко оценена 87% пациентами и 92% их близкими. Сочли программу активно препятствующей суицидальным действиям 96% суицидентов.

Выводы. Оригинальная программа ИМВ с привлечением родственников и ближнего круга суицидента, эффективна и целесообразна в аспекте длительной профилактики суицидального поведения больных личностными расстройствами.

ПРИМЕНЕНИЕ АДДЕНБРУКСКОЙ КОГНИТИВНОЙ ШКАЛЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Д.М. Царенко, М.А. Боброва, А.А. Курсаков (Москва)

Цель: Оценка возможности применения Адденбрукской когнитивной шкалы (Addenbrooke's Cognitive Examination ACE-R) для выявления легких когнитивных нарушений в условиях общей медицинской сети.

Материалы и методы: В ходе работы было обследовано 60 пациентов одной из районных поликлиник в возрасте от 18 до 75 лет (мужчин - 10; женщин - 50). В первую группу вошли 22 пациента с расстройствами тревожно-депрессивного спектра (РТДС), во вторую группу – 17 больных с неглубокими органическими психическими расстройствами (НОПР), в третью – 21 пациент с сочетанием указанных состояний (НОПР+РТДС). Для оценки уровня депрессии и тревоги применялась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). С целью выявления когнитивных нарушений в указанных группах использовались: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), батарея лобной дисфункции (FAB), стандартизированная Адденбрукская когнитивная шкала (Addenbrooke's Cognitive Examination ACE-R), методика «Заучивание 10 слов».

Результаты и выводы: Группы РТДС и НОПР+РТДС достоверно отличались по показателям депрессии и тревоги от НОПР ($p<0,05$). Средний балл по шкале MMSE составил в 1 группе – 29,00±1,15, во 2 группе – 28,00±1,50, в 3 группе – 28,43±1,33. Средний балл по FAB составил в 1 группе 17,18±1,22, во 2 группе – 14,47±2,69, в 3 группе – 15,57±1,96. По Адденбрукской когнитивной шкале (ACE-R) средний бал в 1 группе составил – 95,86±2,55, во 2 группе – 87,94±6,85, в 3 группе – 91,33±4,32. Группы НОПР и НОПР+РТДС не отличались между собой по показателям всех когнитивных шкал ($p>0,05$) и существенно отличались от группы РТДС по результатам ACE-R и FAB ($p<0,001$). Общий балл по Адденбрукской когнитивной шкале имел значимые корреляционные связи с показателями MMSE ($r=0,712$), FAB ($r=0,646$), средним количеством непосредственно воспроизведенных слов ($r=0,607$) и количеством отсрочено воспроизведенных слов ($r=0,568$) в методике «Заучивание 10 слов». Использованная в работе Адденбрукская когнитивная шкала (ACE-R) является эффективным нейропсихологическим инструментом первичной диагностики и может применяться для выявления и оценки легких когнитивных нарушений в условиях общей медицинской сети.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Д.М. Царенко, А.Е. Бобров (Москва)

Цель: Оценка возможности дифференциальной диагностики когнитивных нарушений в условиях первичной медицинской помощи у больных с расстройствами тревожно-депрессивного спектра и пациентов с неглубокими (не достигающими уровня деменции) органическими психическими расстройствами при помощи психометрических методов.

Материалы и методы: В ходе работы было обследовано 60 пациентов одной из районных поликлиник в возрасте от 18 до 75 лет (мужчин - 10; женщин - 50). В первую группу вошли 23 пациента с расстройствами тревожно-депрессивного спектра (РТДС), во вторую группу – 17 больных с неглубокими органическими психическими расстройствами (НОПР), в третью – 20 пациентов с сочетанием указанных состояний (НОПР+РТДС). Четвертую группу составили 26 здоровых лиц контрольной группы. Использовались следующие психометрические инструменты: Скрининговая анкета для выявления риска расстройств аффективного спектра, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Опросник депрессии Бека, методики «Заучивание 10 слов», «Запоминание 6 трудновербализуемых фигур», «Исключение объектов».

Результаты и выводы: Показано, что когнитивные нарушения при РТДС, НОПР и НОПР+РТДС имеют существенные отличия. Использованные в работе психометрические методы могут оказаться полезными при выявлении и дифференциальной диагностике психических расстройств в условиях первичной медицинской помощи. Для больных НОПР характерны нарушения вербальной и наглядно-образной памяти, что проявляется как при непосредственном, так и при отсроченном воспроизведении слов и трудновербализуемых фигур. У пациентов этой группы отмечается также уменьшение внутренней детерминированности оценок и сужение диапазона артикуляции значений, выявляемые при триадическом сравнении в методике «Исключение объектов». При РТДС дефицитарно-когнитивных изменений не отмечается, а имеются признаки когнитивно-стилевых нарушений, выражающиеся в незначительном сужении объема рабочей памяти при заучивании слов и тенденции к уменьшению внутренней последовательности выборов при достаточно высокой способности к артикуляции значений при исключении объектов. При НОПР+РТДС имеет место сочетание указанных признаков.

Бобров Алексей Евгеньевич, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России, e-mail: bobrov2004@yandex.ru, тел. (495) 963-76-25

Царенко Дмитрий Михайлович, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России, e-mail: dropship@rambler.ru, тел. +7 (905) 789-83-99

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ДЕПРЕССИВНЫХ ИДЕЙ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Целищев О.В. (Москва)

Целью исследования явилось выявление закономерностей проявления и терапевтической динамики депрессивных идей малоценности и самообвинения при различных синдромальных вариантах непсихотической депрессии в рамках рекуррентного и биполярного аффективного расстройства. Изучено 100 больных (46 мужчин и 54 женщины) с аффективными расстройствами, перенесших 121 эпизод умеренной или тяжелой депрессии без психотических симптомов. Число анализируемых депрессивных эпизодов больше, чем число больных, так как 21 больной наблюдался повторно. Депрессивные идей малоценности и самообвинения выявлены в 73 из 121 наблюдений. Исследование было открытым, рандомизированным, сравнительным. Длительность курса терапии, во время которого осуществлялось наблюдение за больными составило 4 недели (28 дней). В зависимости от проводимой терапии все больные разделены на две сравниваемые между собой группы: 1-ой группе из 37 больных назначался трициклический антидепрессант мелипрамин в дозе от 75 до 150 мг в сутки, 2-ой группе из 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 положительного эффекта с более чем 50% редукции симптоматики по шкале Гамильтона (17п.) 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 или 56,8% случаев и при лечении сертралином - 19 больных или 52,8% случаев. Выводы: Выделено два варианта редукции депрессивного синдрома в процессе терапии: 1) *гармоничная редукции синдрома*, при который редукция депрессивных идей шла параллельно общему снижению выраженности депрессии; 2) *дисгармоничная редукции синдрома*, при которой редукция депрессивных идей отставала от общей редукции депрессивной симптоматики. При этом 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 статусе больного, несмотря на редукцию других ключевых симптомов депрессии, может говорить о неполном терапевтическом ответе и формировании терапевтической резистентности.

РАБОТА СУИЦИДОЛОГА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

В.Е. Цупрун (Москва)

Типовым звеном суицидологической службы являются специализированные койки психиатрических больничных отделений, где априорно концентрируются наиболее тяжелые пациенты. Потоки суицидентов с психическими расстройствами формируются следующим образом: а) больные с различными вариантами суицидального поведения (от суицидальных тенденций до суицидальной попытки) направляются суицидологами или психиатрами ПНД (53%); б) больные после суицидальных действий, переведенные из Центра отравлений и психосоматического отделения НИИ Скорой помощи после реанимационных мероприятий(22%); в) больные в пре- и постсуицидальном периоде с различными психическими расстройствами, направленные из МНИИ психиатрии (25%). «Пик» суицидальных попыток лиц обоего пола приходится на 20-29лет. Преобладают (67%) суициденты, страдающие шизофренией. Риск самоубийства высок как на инициальных этапах шизофрении (порой попытка знаменует начало психиатрического наблюдения), так и в обострениях и ремиссиях хронического процесса, а также на фоне психогений у стабилизированных пациентов. Большинство больных шизофренией (71%) частично или полностью не соблюдают внебольничный лекарственный режим, злоупотребляет алкоголем, а также неадекватно лечатся (чаще отсутствие или недостаточные дозы антидепрессантов). Пациентам показаны психофармакотерапия и целевые психосоциальные воздействия (не развитые пока в повседневной практике) с привлечением обученных и мотивированных близких больного. Возможность выписки пациентов с суицидальным поведением определяет комиссия в составе лечащего врача, заведующего отделением и суицидолога, исходя из следующих критериев: а) ремиссия психопатологических симптомов, обусловивших суицидальное поведение с формированием критики к суицидальным действиям; б) создание для суицидента сети неформальной социальной поддержки (семья, близкие, группа самопомощи); в) разработка индивидуальной программы психосоциальной реабилитации. Система психиатрическая больница - ПНД позволяет преемственное и динамическое наблюдение душевнобольных суицидентов, оптимально – в кабинете суицидолога ПНД.

Цупрун Виталий Евсеевич, Московский НИИ психиатрии, тел. 963 75 72

ОТНОШЕНИЕ К ЖИЗНИ И СМЕРТИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ОСТРОМ ПОСТСУИЦИДЕ

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов (Москва)

Для развития программ профилактики и постсуицидального поведения важно изучение механизмов психологической защиты людей против мыслей о собственной смерти.

Цель исследования: изучить отношение к жизни и смерти молодых людей с разным анамнезом суицидальных попыток.

Материалы и методы. В исследование включено 308 добровольцев. В контрольную группу вошли 156 студентов (40 юношей и 116 девушек) 18-25 лет. Группа сравнения (152 человека) включила пациентов (40 юношей, 116 девушек того же возраста) мужского и женского отделений острых отравлений НИИ СП им. Н.В. Склифосовского и кризисного стационара ГКБ №20 г.Москвы с недавней (2 -14 дней) попыткой самоубийства; 28 пациента совершили две и более суицидальных попыток, 90 – одну, 34 пациента не признавали свой поступок попыткой самоубийства («случайно», «хотел(а) попугать»). Использованы опросники «Отношение к смерти» (П. Вонг, Дж. Рекер и Дж. Гессер), «Страх личной смерти» (В. Флориан, С. Кравец), методику Ф. Зимбардо по временной перспективе личности (адаптация А. Сырцовой, О.В. Митиной), тест жизнестойкости С. Мадди (Е.И. Рассказова, Д.А. Леонтьев) и опросник депрессии А. Бека.

Результаты: Сравнительный анализ групп пациентов с контрольной выборкой показал, что у разных категорий суицидентов действуют разные психологические защиты от ощущаемой близости к смерти: страх (одна попытка самоубийства), принятие смерти как бегства от проблем (несколько попыток) и избегание темы смерти (отказ от рационального объяснения поступка). Результаты исследования согласуются с положениями теории управления страхом (Дж. Гринберг, Т. Пыжински, Ш. Соломон, 1986) и полезны для прогноза суицидального поведения молодых людей и оценки эффективности кризисных вмешательств.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СУИЦИДЕНТОВ С УЧЕТОМ ИХ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

И.К. Чобану

Согласно психогенетической модели, структурирование личности происходит в соответствии с качественно определенными этапами жизненного цикла человека. Каждый качественно своеобразный вид человеческой активности приводит к формированию определенных личностных статусов (ЛС), характеризующихся свойственным им поведением, установками, ценностями и потребностями.

Цель работы: определение мишеней и тактики дифференцированной психотерапии суицидентов с учетом их личностных особенностей для разработки индивидуальных психотерапевтических программ.

Материалы и методы. Изучены психологические и личностные особенности 165 пациентов кризисного стационара с хирургическими последствиями суицидальной попытки. Контрольную, сопоставимую по социо-демографическим и клиническим характеристикам, группу составили 60 человек, проходивших кризисную психотерапию. Исключены психотические пациенты. Разработан специальный тест для диагностики ЛС суицидентов и его компьютерная версия.

Результаты. Пациентам, совершившим суицидальные действия, свойственно сочетание выраженных проблем реализации ЛС. Выделен ряд групп личностных профилей: напряженный, инфантильный, патологический, с доминирующим ЛС «Я – Профессионал», с доминирующим ЛС «Я – Мужчина / Женщина», дисгармоничный. Пациентам каждой группы требовалась особая тактика психотерапии, сочетавшая индивидуальный, групповой и семейный методы. Позитивная динамика после трехэтапной психотерапии включала снижение алкоголизации, улучшение настроения и взаимодействия со значимыми другими и, в результате, принятие решения продолжать жить и снижение суицидальной активности, что отмечено у 60% больных основной и у 28% - контрольной группы перед выпиской. Катамнестически прослежены в течение 24 месяцев 96 пациентов. Позитивная динамика, включавшая отсутствие суицидальных тенденций и улучшение социального функционирования, отмечена у 73% пациентов основной и 37% пациентов контрольной группы.

Заключение: дифференцированная психотерапия и психосоциальная реабилитация с учетом личностных особенностей пациентов, совершивших суицидальные действия, высокоэффективна.

МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ И МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРАКТИКЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

А.Д. Шеллер, О.Н. Степанова (Омск)

Несмотря на «среднестатистический» уровень самоубийств в Омской области, важность развития специализированной службы не умаляется. Создана межведомственная группа, нацеленная на предупреждение суицидального поведения населения; составлен паспорт кризисной помощи в регионе. Меньшая доля суицидов, приходящаяся на психиатрических пациентов, указывает на важность многоуровневой программы превенции суицидального поведения населения. Многоканальный «Телефон доверия» с привлечением сотовых операторов повысил доступность кризисной помощи; психологи отделения ведут индивидуальную и групповую работу. Расширена сеть кабинетов медико-психологической помощи. Население регулярно оповещается о ресурсах помощи через СМИ, социальную рекламу. Увеличит доступность, неотложность и преемственность суицидологической службы кризисный стационар, планируемый за счет реструктуризации коечного психиатрического фонда. Положительны сдвиги в профилактике суицидального поведения возможны при взаимодействии органов здравоохранения с другими министерствами и ведомствами Омска и Омской области. Предстоит систематизировать сбор и анализ данных о суицидальных попытках и суицидам населения и в отдельных группах риска; организовать целевое обучение врачей общей практики, педагогов, расширить штат специалистов кризисной помощи. Необходимо внедрение критериев эффективности региональной службы в целом и ее звеньев. Планируем создать Интернет-службу кризисной помощи. Оптимизация межведомственного взаимодействия приведет к расширению спектра антикризисных услуг в социальных и медицинских учреждениях города и области, а в дальнейшем – к появлению суицидологического центра.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА

Шеломкова О.А., Вельтищев Д.Ю. (Москва)

Болезнь Шегрена (БШ) – хроническое аутоиммунное системное заболевание с преимущественным поражением экзокринных эпителиальных желез. Как и при других системных ревматических заболеваниях при БШ отмечается повышенная распространенность психических расстройств, преимущественно тревожно-депрессивного спектра, связанных с влиянием стрессовых факторов. Однако особенности психических расстройств при БШ изучены недостаточно. С целью изучения роли психотравмирующих факторов и вариантов психических расстройств при БШ было обследовано 43 пациента на базе НИИР РАМН. В исследование включено 43 пациента - 3 мужчин и 40 женщин в возрасте от 18 до 65 лет. Комплексное обследование включало применение клинико-психопатологического метода а также психологических методик для определения типа аффективности и специфики когнитивных нарушений. С точки зрения диатез-стрессовой модели важную роль в предрасположенности к развитию депрессии в связи с влиянием стрессовых факторов играет ранняя детская депривация (Sadec, Nemiroff, 1998, Tyrca, 2008). В результате обследования в 56 % случаев выявлено наличие ранней детской депривации в возрасте до 7 лет. В подавляющем большинстве случаев (95%) началу БШ предшествовали различные психотравмирующие события. В качестве вторичного хронического стрессового фактора, связанного с системным заболеванием можно рассматривать длительный период постановки диагноза. Лишь у 5 больных (12 %) верный диагноз был поставлен в течение года, у остальных обследованных средний срок постановки диагноза составил 6 лет. Диагностирован широкий спектр психических расстройств в соответствии с критериями МКБ-10: дистимия (25,6%), рекуррентное депрессивное расстройство (4,6%), генерализованное тревожное расстройство (16,2%), депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести (14%), расстройства адаптации (14%). Только у 2-х больных (женщины до 25 лет) не было выявлено какого либо психического расстройства. Неожиданно высокой оказалась встречаемость шизотипического расстройства с тревожным и депрессивным синдромом (21 %). В структуре депрессий звучали идеи заражения, воздействия, идеи отношения и величия. При этом необходимо отметить, что нарушения логического мышления, диагностированные с применением психологических методик (5-й лишний, классификация предметов, методика «пиктограммы») выявлялись значительно чаще - почти у половины обследованных больных (44.2%). Предварительные результаты свидетельствуют о значительной роли психотравмирующих факторов, высокой частоте встречаемости и широком спектре психических расстройств при БШ, что определяет различную терапевтическую тактику.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

И.И. Шереметьева, А.В. Плотников (Барнаул)

Связь между психическими нарушениями и различными инфекционными и неинфекционными заболеваниями человека известна с давних пор. Бесспорное взаимодействие этих расстройств являются предметом исследований, как в прошлом, так и в настоящее время. Ученые различных стран на протяжении многих лет отмечают значительно большую заболеваемость психических больных туберкулезом и их высокую смертность от этой болезни, которая в 5-12 раз превышает смертность от этой болезни психически здорового населения.

Экзогенно-органические психические расстройства представляют из себя одну из наиболее распространенных форм психической патологии. Они с большой частотой выявляются у лиц, страдающих туберкулезом легких, создавая дополнительные трудности в лечении больных туберкулезом. Несмотря на изложенное, экзогенно-органические психические расстройства у лиц, страдающих туберкулезом легких, как показывает анализ литературы, изучены крайне недостаточно.

Цель работы: установить клинико-динамические закономерности экзогенно-органических заболеваний головного мозга у больных туберкулезом легких.

Задачи:

1. определить распространенность экзогенно-органических психических расстройств в общей структуре психической патологии у больных туберкулезом легких,

2. изучить клиническую картину экзогенно-органических психических расстройств у больных туберкулезом легких

3. создать предпосылки для оптимизации лечебно-профилактической помощи лицам, имеющим сочетание экзогенно-органических психических расстройств и туберкулеза легких.

Исследовательская работа проводится на базе психотуберкулезных отделений ГУЗ Алтайская краевая психиатрическая больница №3 и кафедры психиатрии и наркологии АГМУ. В настоящее время сплошным методом, по специально разработанной анкете, исследованы пациенты, страдающие психическим заболеванием в сочетании с туберкулезом легких, пролеченные в 2009 году и 1999 году. Методы исследования: клинический, патопсихологический, клинико-статистический, клинико-эпидемиологический, статистический. Статистическая обработка полученного материала проведена с использованием пакета Exel (Microsoft office 2003).

В 1999 году было пролечено 132 пациента. Доля органических заболеваний головного мозга составила 18,2% (24 пациента). Из них мужчин 18 (75%), женщин 6 (25%). 2 пациентов в возрасте до 25 лет (8,3%), 12 в возрасте 25-55 лет (50%) и 10 старше 55 лет (41,7%). По этиологии органических заболеваний было получено следующее распределение: интоксикационный генез у 12 больных (50%), травматический у 11 (45,8%), сосудистый у 6 (25%), инфекционный у 4 (16,7%), неуточненный у 3 (12,5%). Раньше возникло психическое заболевание у 20 пациентов 83,3%), туберкулез раньше возник у 4 пациентов (16,7%).

Всего в 2009 году было пролечено 152 пациента. Из них органическими заболеваниями головного мозга страдают 45 (29,6%). Из них мужчин 39 (86,7%), женщин 6 (13,3%). 26 пациентов в возрасте 25-55 лет (57,8%), 19 старше 55 лет (42,2%). В большинстве случаев органическое заболевание мозга было вызвано несколькими этиологическими факторами. Интоксикационный генез присутствовал в 29,41% случаев, травматический в 26,47%, сосудистый в 20,59%, инфекционный в 1,47%, неуточненный в 22,06%. 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 года обращает на себя внимание то, что доля органических заболеваний головного мозга в общей структуре психических расстройств у лиц, страдающих легочным туберкулезом, значительно увеличилась ($p<0,001$). 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.

Заключение:

1. Удельный вес экзогенно-органических заболеваний головного мозга в общей структуре психических заболеваний, сочетанных с туберкулезом легких, значительно вырос за последние 10 лет.

2. Учитывая сложность клинической картины больных с сочетанной патологией, а также малоизученность этой чрезвычайно важной с социальной точки зрения проблемы, необходимы дальнейшие исследования данного контингента больных.

НАРУШЕНИЯ СНА У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

О.Г.Яковлев, И.В.Пудиков (Самара)

Нарушения сна усугубляют имеющиеся и способствуют развитию новых психо-эмоциональных и соматических расстройств. Расстройства сна отмечены у 9-40% ветеранов боевых действий в стационарных отделениях терапевтического и хирургического профиля, но недостаточны дифференцированные данные касательно клинико-нозологической структуры диссомнических проявлений в этой группе.

С целью повышения качества диагностики и улучшения лечения нарушений сна и ассоциированной с ними соматической и психо-эмоциональной патологии у участников боевых действий в сомнологическом центре Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн изучена клинико-нозологическая структура указанной патологии. В 2009 г. проконсультировано 1143 пациентов с психо-эмоциональными нарушениями, из них 192 человека обратились самостоятельно с ведущими жалобами на расстройства сна, у 111 человек нарушения сна заняли ведущее положение в структуре эмоциональной патологии.

Результаты. Пациенты с нарушениями сна составили 26,5% среди консультированных психиатром. Первичные инсомнии в структуре диссомнических проявлений в данной группе пациентов заняли скромное место. Шире представлены нарушения сна, обусловленные иной соматической или психической патологией. Так, среди лиц старшей возрастной группы (участники ВОВ) преобладали расстройства сна органической природы на фоне когнитивных и мнестических расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии, болевого синдрома, нарушений сердечно-сосудистой, мочевыводящей, дыхательной систем (МКБ-10 G47), не представляющие трудностей для диагностики и требующие, как правило, симптоматического лечения. Среди лиц молодого и среднего возраста, наряду с диссомниями органического характера, широко представлены расстройства сна, не связанные с органической патологией (F51.0-1).

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ОПЫТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА ПСИХИАТРОВ И ИНТЕРНИСТОВ 6
Абрамова И.В., Пархоменко И.М.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 7
Азаева Г.Д.

ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 8
Акжигитов Р.Г., Гудкова А.А., Дачевская И.И., Гехт А.Б.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОДГОТОВКИ И ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН 9
М.А. Алиев

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕРАПИИ КОНВЕРСИОННЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОМ НАПРЯЖЕНИИ У РАБОТНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР 10
Асанов А.О.

ОСТРЫЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У РОДСТВЕННИКОВ ЛИЦ, ПОГИБШИХ В АВИАКАТАСТРОФЕ ПОД Г. ЯРОСЛАВЛЕМ 11
И.А. Бедина, В.П. Цекин, Г.К. Дашкина, В.Е. Рощеня

О РЕЗУЛЬТАТАХ И НАПРАВЛЕНИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 12
Беккер И.М.

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 13
Букреева Н.Д.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА У ЛИЦ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ 14
Буркин М.М., Антонен Е.Г., Хяникяйнен И.В., Базарова Е.Н.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙИХ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ..... 15
Волчкова Т.Ф.,

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА..... 16
Денисенко М.К.

СОЦИАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ..... 17
Джангильдин Ю Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ..... 18
Елфимов М.А.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВУЗА И ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ 19
А.П. Зинкина, О.Н. Степанова

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ РЕГИСТР – ВОЗМОЖНОСТЬ СИСТЕМНОГО СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОГО УЧЕТА 20
Зотов П.Б., Уманский С.М., Родяшин Е.В., Уманский М.С., Уманская П.С.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 21
Ивахненко Л.И.*, Полякова Е.О.**, Иванов М.В.**

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ 22
Игумнов С.А, Осипчик С.И.

МИКРОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 23
Кадырова Т.М.

НЕОБХОДИМОСТЬ УЧЁТА ОКАЗАНИЯ ПОЛИПРОФЕССИНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ, НАХОДЯЩИМСЯ ПОД АКТИВНЫМ ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ (АДН) И НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ (ПЛ) 24
Казаковцев Б.А., Голланд В.Б.

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ ЖЕНЩИНАМИ В УСЛОВИЯХ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ.....25
Качаева М.А.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И НАХОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В СООБЩЕСТВЕ.....26
Койрах И.А., Канцурова Е.В., Степанова О.Н.

ВАРИАНТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАДИАЦИОННЫХ ИНЦИДЕНТОВ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ И ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС 27
Колмогорова В.В

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 28
Кузьминова М.В., Фритлинский В.С.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИНДРОМЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ 29
Кузьмичев А.Ф., Ромасенко Л.В.

О ПРОБЛЕМАХ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕЛЕВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 30
Лиманкин О. В.

СТРУКТУРА И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ 31
Насруллаев Ф.С., Портнова А.А.

СОЦИАЛЬНАЯ НАРКОЛОГИЯ КАК ВАЖНЫЙ РАЗДЕЛ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ.....32
Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Киселева Ж.В.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИНАМИКУ СУИЦИДАЛЬНОГО ПРОЦЕССА.....33
Панченко Е.А., Агеев С.Е., Григорьева М.В.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С РЕЛИГИОЗНО-АРХАИЧЕСКИМ БРЕДОМ 34
Пашковский В.Э.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕГКОГО КОГНИТИВНОГО НАРУШЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРА РАЗВИТИЯ ДЕМЕНЦИИ ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ.....35
В.Р.Пиотровская, Н.Г.Незнанов

КЛИНИКА, СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ, ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ БОЕВЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ.....36
Погосов А.В., Сочивко Ю.Н.

ИСТОЧНИКИ СРЕДСТВ СУЩЕСТВОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2004-2009 ГГ. 37
Положая З.Б., Хрунина Г.И., Чуркин А.А.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 38
Распопова Н.И.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.....39
Расторгуева Н. И.

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИНДРОМАХ 40
Ромасенко Л.В.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ..... 41
Рукина Н.Ю., Макушкина О.А.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОММУНИКАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ СЛУЖБ В ОБЩЕМЕДЕЦИНСКОЙ СЕТИ.....42
Савельев Д.В., Меркин А.Г.

ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ (НА ПРИМЕРЕ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ) 43
Семенова Н.В.

СОЦИАЛЬНО НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ФОБИЙ.....44
Сергеев И.И., Михалевская О.В., Чугунов Д.А

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО МОДЕРНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 45
Сорокина В.А., Грачева Т.Ю.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....46
Степанова О.Н., Шеллер А.Д.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ И АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ШВЕЦИИ.....47
Й. Хансон

КОНТИНГЕНТ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПНД: КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГРУПП, РАЗЛИЧАЮЩИХСЯ ПО ДЛИТЕЛЬНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ 48
Харабурова Т.Л.

ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ, МЕХАНИЗМОВ ЗАЩИТ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОГИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ.....49
Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р., Норина М.Ю.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СОЗДАНИИ СТАНДАРТОВ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 50
Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., Ханнанова А.Н., Иванов А.А.

РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ..... 51
Чеперин А.И., Антошкина Н.К., Степанова О.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ АНИМАЛОТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ 52
А.П. Чуприков, М.А. Чуприкова

О ПРИМЕНЕНИИ БРИГАДНОГО МЕТОДА ОБСЛУЖИВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2010 Г.....53
Чуркин А.А., Творогова Н.А.

О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ ЦЕНТРОВ КОРРЕКЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ 54
Шадрина И.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТИПОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ СНА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ).....55
Шамне Р.В., Макушкина О.А.

МАСКИРОВАННЫЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....56
Шевцова Ю.Б. , Шевцов А.Ю., Пискунов М.В.

НОВЫЙ ПРАВОВОЙ СТАТУС ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ: АКТИВИЗИРУЕМ СВОЮ ПОЗИЦИЮ.....57
Шевченко Л.С., Солохина Т.А.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ 58
Н.В. Шемчук, Д.С. Ошевский

ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПО ПОЛУЧЕНИЮ ЖИЛЬЯ ЛИЦАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ.....59
С. П. Шмидт, Ю. А. Вьюшкова

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МИРА 60
Ястребов В.С., Митихин В.Г., Митихина И.А., Шевченко Л.С., Солохина Т.А.

ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 61
Агарков А.П., Андрусенко И.В.

ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ МАТЕРЕЙ ГРУППЫ РИСКА.....62
Азимова Х.М.

ИСХОДЫ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ФОРМ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ.....63
Андреева О. О.

БИОПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 64
Антонова Т. Ф., Колягин В. В., Чернигова Е. П.

МОНИТОРИНГ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ ТЕРРИТОРИЙ: МЕТОДОЛОГИЯ И ТАКТИКА.....65
Ахметова В.В., Злова Т.П., Говорин Н.В., Ступина О.П.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....66
Бадмаева В.Д., Чибисова И.А.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТСКОГО АУТИЗМА И СЕНСОРНОМТОРНОЙ АЛАЛИИ 67
Бенилова С.Ю.,

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОГРАНИЧНОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....68
Л.А. Бенько

ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....69
Булатова М.В.

ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, С ГЕНДЕРНЫМ УЧЕТОМ 70
Ведяшкин В. Н., Шереметьева И. И.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ 71
Верхозина Т. В., Корнилова М. А.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ (ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ) СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ 72
Вострокнутов Н.В., Остапец Е.А., Назарова Л.Н.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ.....73
Глущенко В.В., Яковлев В.Н.,

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИЧНОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ.....74
Гордеева Е.А., Портнова А.А., Серебровская О.В., Усачева Е.Л., Шинко Л.С.

СУДЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ: НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ВЫЗОВЫ 75
Дозорцева Е.Г.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ-СИРОТ 76
Елисеев А.В., Полежаев П.К.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ТЕРАПИИ АУТИЗМА 77
Забозлаева И.В., Супрун С.А.

ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 78
Зарецкая Н. В.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТАЦИОНАР ЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА НА ПРИМЕРЕ ОРГАНИЧЕСКИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ 79
Иванова Т.И., Крахмалева О.Е.

ОБ ОПЫТЕ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ 80
Казакова Т.Ю., Е.В. Корень

СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 81
Казанцева Э.Л.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОТГРАНИЧЕНИЯ ДЕФЕКТА ПРИ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОФРЕНОПОДОБНОГО СИНДРОМА 82
Калачева И. О.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 83
Коломыцев Д.Ю., Дроздовский Ю.В.

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 84
Корень Е. В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ РИБОСОМНЫХ ГЕНОВ И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА 85
Коровина Н.Ю. Пороховник Л.Н, Сухотина Н.К. Маринчева Г.С.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 86
Кочегуров В. В., Зиньковский А. К., Корнюшо Е. М.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО КРУГА 87
Крамаренко И. А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА ДЛЯ ДЕТЕЙ 88
Крахмалева О.Е., Иванова Т.И.

ТАКТИКА ТЕРАПИИ ПРИ ПИВНОМ АЛКОГОЛИЗМЕ У ПОДРОСТКОВ 89
Кривенков А.Н., Аносова Е.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕТСКОГО ДЕПРЕССИВНОГО ОПРОСНИКА М. COVACS У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 90
Крыжановская И.Л., Сухотина Н.К.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА 91
Куприянова Т.А., Москва

ПРИНЦИПЫ МОДЕРНИЗАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ 92
Макушкин Е.В.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ БРОДЯЖНИЧЕСТВА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 93
Малинина Е.В., Чижова Т.Н., Смирнова Т.А.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ 94
Антоненко А.А., Меркурьева Ю.А. Малыгин В.Л., Искандирова А.Б., Феклисов К.А.

О ПРЕИМУЩЕСТВАХ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ 95
Маринчева Л.П., Злоказова М.В., Киров

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МИШЕНЕЙ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ЮНОШАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ПЕРВЫЙ ПРИСТУП 96
Маричева М. А., Бархатова А.Н., Каледа В.Г., Москва

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 97
Марченко А. М., Корень Е. В.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ 98
Масихина С.Н.

МОДЕЛЬ ПРЕВЕНЦИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ 99
Мациевская Л.Л.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 100
Михайлова, Е.А., Проскурина Т.Ю., Мителев Д.А., Матковская Т.Н.

РОЛЬ И ЗАДАЧИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 101
Новикова Г.Р.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ 102
Панкова О.Ф., Солохина Н.А.

ДИНАМИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУБЕРТАТНОГО КРИЗА (ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КАТАМНЕЗА) 103
Пивоварова П.А., Вандыш В.В.

СИНДРОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАНТАЗИРОВАНИЯ В КЛИНИКЕ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ 104
Пилявская О.И.

ПСИХИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ И ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ 105
Попова Л. А.

ПРОГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ 106
Портнова А.А., Усачева Е.Л.

ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ФАКТОР КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ 107
Рычкова Л.С., Силина И.Ю., Махнина Н. И.

ОБ ОДНОЙ ИЗ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ «МАСОК»В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 108
Северный А.А., Иовчук Н.М.

КОГНИТИВНЫЕ ИСКАЖЕНИЯ В ВОСПРИЯТИИ ОБРАЗА РЕБЕНКА У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ ПРОТИВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ 109
Серов А.Д.

К ОСОБЕННОСТЯМ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ 110
Симашкова Н. В., Коваль-Зайцев А. А.

РАННИЕ ИСХОДЫ СИНДРОМА АСПЕРГЕРА 111
Сомова В.М., Бобров А.Е.

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ 112
Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л., Куприянова Т.А., Коновалова В.В., Кибрик Г.Н.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ РЕБЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНО ФОРМИРОВАТЬ И ВЫРАЖАТЬ СВОЕ МНЕНИЕ ПО ВОПРОСАМ, ЗАТРАГИВАЮЩИМ ЕГО ПРАВА И ИНТЕРЕСЫ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ 113
Терехина С.А.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ 114
Фомушкина М.Г., Раева Т.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА..... 115
Хайретдинов О. З.

ВАЛИДНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ 116
Ценных Н.С., Овсянникова Н.Л., Шаповалов Д.Л.

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ 117
Л.К.Шайдукова,Р.Г.Гроховская

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ДЕТСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ
В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ 118
Шалимов В.Ф.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА С ПОМОЩЬЮ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ В СТРУКТУРЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА..... 119
Шапошникова А. Ф.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЧЕСКОМ АУТИЗМЕ У ДЕТЕЙ.....120
Шевченко Ю.С., Каримов В.В.

АМБУЛАТОРНАЯ КУРАЦИЯ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО ЭНДОГЕННЫМ ПРОЦЕССУАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВАМ.... 121
Шмакова О. П.

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОЖИЛЫХ 122
Андреев А.А.

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.....123
Базарбаева Л.Е.

СУДЕБНО ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.....124
Баранов А.В., Казакова Е. Ю.

АКТИВНОЕ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ООД У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....125
Белоус И.В., Березанцев А.Ю.

ГЕНДЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ БОЛЬНИЧНОГО РЕЖИМА ПАЦИЕНТАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ.....126
Березанцев А.Ю., Кузнецов Д.А.

О РАЗНООБРАЗИИ ПРИЧИН СОВЕРШЕНИЯ АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ И ПРЕДМЕТОВ ДЛЯ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ 127
Вальздорф Е.В.

К ВОПРОСУ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, СОЧЕТАННОГО С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....128
Вандыш В.В., Тарасова Г.В.

О ВОЗРАСТНЫХ АСПЕКТАХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ 129
Винникова И.Н., Лазько Н.В., Дмитриев А.С., Оспанова А.В.

ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА ТАМБОВСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.....130
А.К.Гажа, О.В.Тулупова, О.С. Ерошина, А.Е. Филатов

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ..... 131
Гершенович Г.М., Петров А.С.

К ПРОБЛЕМЕ ЗАЩИТЫ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.....132
Голланд В.Б., Макушкина О.А., Яхимович Л.А.

КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКМИЕ АСПЕКТЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ 133
Дмитриев А.С., Винникова И.Н., Лазько Н.В., Оспанова А.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.....134
Дьякова Н.В., Пищикова Л.Е., Мамонова И.П., Лазько Н.В., Кулагина Н.Е.

РОЛЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПРИЯТИЯ И КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ В ФОРМИРОВАНИИ БРЕДОВЫХ ИДЕЙ 135
Илюшина Е.А., Кузнецов И.В.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА 136
Казаковцев Б.А.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА..137
Клембовская Е.В., Фастовцов Г.А.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПОДЭКСПЕРТНЫХ.....138
Кулагина Н.Е., Пищикова Л.Е., Мамонова И.П., Лазько Н.В., Дьякова Н.В.

О ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ 139
Лазько Н.В., Пищикова Л.Е., Мамонова И.П., Дьякова Н.В., Кулагина Н.Е.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИТЧЕСКИ БОЛЬНЫХ 140
Макушкина О.А.

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ДЕЕСПОСОБНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА ФОНЕ СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ..... 141
Мамонова И.П., Пищикова Л.Е., Дьякова Н.В., Лазько Н.В., Кулагина Н.Е.

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 142
Мохонько А.Р., Ткаченко А.А.

АНАЛИЗ ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА ДЕТЕЙ 143
Низкин С.И., Казакова Е.Ю., Белевитина Н.А.,

ОРГАНИЗАЦИОННО – ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДСМЕННОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ РАБОТНИКОВ ТЕХНОГЕННО ОПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ НА ПРЕДМЕТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ 144
Пархоменко А.И., Приятель В.А.,

СУДЕБНАЯ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ.....145
Пищикова Л.Е., Мамонова И.П., Дьякова Н.В., Лазько Н.В., Кулагина Н.Е.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ 146
Б.Е. Потемкин

ДУХОВНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ 147
Смирнова Т.А., Пищикова Л.Е.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.....148
Ткаченко А.А.

ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ.....149
Тулупова О.В., Гажа А. К., Ерошина О.С., Филатов А. Е.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ ЭПИЛЕПСИИ....150
Усюкина М.В., Шахбази Т.А.

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 151
Фастовцов Г.А., Соколова Е.А.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛАХ О ПРИЗНАНИИ СДЕЛКИ НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ....152
Харитонова Н.К., Королева Е.В.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СОСТОЯНИЯ ОДИНОЧЕСТВА У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА....153
Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., Алимова Л.В.

ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ....154
Дьякова Н.В, Пищикова Л.Е., Мамонова И.П., Лазько Н.В., Кулагина Н.Е

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПЕРЕД СОВЕШЕНИЕМ ЮРИДИЧЕСКОЙ СДЕЛКИ....155
Комар М.В., Царева Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА....156
Логунова А.М.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВКЛАДА РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ СПУТАННОННОСТИ СОЗНАНИЯ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ....157
Меркин А.Г., Ромасенко Л.В.

ДИАГНОСТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ....158
Одарченко С. С., Четвериков Д. В., Чеперин А. И.

СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ В ЦЕЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ....159
Полищук Ю. И., Летникова З. В., Гурвич В. Б., Калиниченко Т. П.

КОМОРБИДНОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ....160
Ростовщиков В.В., Иванчук Э.Г.

ДУХОВНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ 161
Смирнова Т.А., Пищикова Л.Е.

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МОДУЛЬ КАК СРЕДСТВО ПОДДЕРЖКИ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ....162
Шеденко М. И., Долгановская Н. Н., Богачев М. А., Андреева М. В.

ИСХОДЫ ДЕПРЕССИЙ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ФАКТОРОВ СТАРЕНИЯ....163
Яковлева О.Б.

ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ....164
Ярилова И. Ю., Одарченко С.С.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ....165
Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Спиртус А.М.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ

ПОСЛЕДСТВИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА В СЛЕДУЮЩИХ ПОКОЛЕНИЯХ....166
Качалов П.В.

ГРУППОВАЯ РАБОТА С ПАЦИЕНТАМИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ 167
Лычкова Ю.В., Бервинова Н.В.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ, ФОБИЧЕСКИХ И АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ....168
Любченко М.Ю., Гершман В.В., Столярова В.В.

КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХИРУРУГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ....169
Плотникова Н.С., Раева Т.В.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕСТВЕ ПОСТТОТАЛИТАРНОЙ КУЛЬТУРЫ. ПОПЫТКА ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ОСМЫСЛЕНИЯ....170
Потапова В.А.

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ....172
А. П. Агарков, Л. В. Варанкова (Томск)

ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ....173
Е.Н. Альшина, Г.В. Мамин (Челябинск)

САМООЦЕНКА СОЦИАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ, СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ....174
Е.Ю. Антохин, Е.М. Крюкова, В.Г. Будза (Оренбург)

ДОМИНИРОВАНИЕ БУЛИМИИ В СИНДРОМЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ 175
Балакирева Е.Е., Якупова Л.П. (Москва)

СМЕШАННАЯ АФФЕКТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА В КЛИНИКЕ МАНИФЕСТНОГО ПРИСТУПА ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА 176
А.С. Бобров, М.Ю. Рожкова (Иркутск)

НЕМАНИФЕСТНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ....177
А.С. Бобров, О.Н. Павлова (Иркутск)

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПСИХОПАТОПОДОБНОГО ДЕФЕКТА ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ....178
П.О. Бомов (Оренбург)

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ЛИЧНОСТИ В СВЕТЕ ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 179
Т.И. Букановская, Р.Н. Алборова, А.Г. Бабаянц (Владикавказ)

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 180
Р.Г. Валинуров, Н.Р. Тулбаева, М.И. Сабитова (Уфа)

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ 181
Т.В. Верхозина, М.А. Корнилова (Иркутск)

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕНИНГА УВЕРЕННОСТИ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 182
В.В. Волков (Нижний Новгород)

ЖИЛЬЕ ПОД ЗАЩИТОЙ....183
А.К. Гажа, А. А. Логачева (Тамбов)

РЕАБИЛИТАЦИЯ В СИСТЕМЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 184
И. Я. Гурович (Москва)

МЕСТО ДОСУГОВЫХ ПРОГРАММ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА 185
Е.А. Дубицкая, Г.Н. Носачев (Самара)

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА....186
В.В. Ермолаев, С.В. Корнюхина, Н.П. Першина (Тамбов)

ОПЫТ РАБОТЫ ПАТРОНАЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА №30 ДЕПАРТАМЕНТА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ....187
Н.П.Жигарева, А.В.Коровяков (Москва)

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ. ПАТРОНАЖНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА....188
Жигарева Н.П. (Москва)

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ 189
О. В. Задорожная, Ю. В. Дроздовский *(Омск)*

НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА ЛЕВШЕЙ 190
О.С. Зайцев, О.А. Гриненко, Г.Г. Шагинян, С.В. Ураков, А.А. Потапов (Москва)

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ 191
Н.Б. Захаров (Киров)

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТАЦИОНАР ЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА НА ПРИМЕРЕ ОРГАНИЧЕСКИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ....192
Т.И. Иванова, О.Е. Крахмалева (Омск)

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ В КЛИНИКЕ НЕМАНИФЕСТНОЙ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ....193
Л.А. Иванова, О.Н. Павлова (Иркутск)

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОЧТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССАВ ОТДЕЛЕНИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ 194
М.С. Кадменская (Москва)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОТГРАНИЧЕНИЯ ДЕФЕКТА ПРИ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОФРЕНОПОДОБНОГО СИНДРОМА....195
И.О. Калачева (Москва)

ЗАЩИТА ОТ ДЕСТРУКТИВНОГО ВЛИЯНИЯ СМИ – ВАЖНЕЙШЕЕ УСЛОВИЕ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ 196
А.М.Карпов, Д.Г.Семенихин, Р.Р.Набиуллина, М.А.Шмакова (Казань)

ИНТЕГРАТИВНАЯ ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОГРАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА....197
Г.Н. Кобозев, И.Ю. Орлов, А.В. Кудряшов, О.И. Наумова, В.Б. Вильянов (Москва)

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРАКСИСА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛОБНЫХ И ТЕМЕННО-ВИСОЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ 198
Г.Н. Кобозев, И.Ю. Орлов, А.В. Кудряшов, О.И. Наумова, В.Б. Вильянов (Москва)

КОРРЕЛЯЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ОБЪЕМА ОРГАНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ АССТРОЙСТВАМИ СОСУДИСТОГО ИЛИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ...199
Г.Н. Кобозев, И.Ю. Орлов, А.В. Кудряшов, О.И. Наумова, В.Б. Вильянов (Москва)

К ВОПРОСУ О ЗНАЧИМОСТИ И ПРЕСТИЖНОСТИ ПРОФЕССИИ ВРАЧА-ПСИХИАТРА....200
Е.А. Козленко, Я.С. Оруджев (Волгоград)

АМБУЛАТОРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ....201
М.А. Корнилова (Иркутск)

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ....202
И.В. Кравченко (Санкт-Петербург)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА ДЛЯ ДЕТЕЙ....203
О.Е. Крахмалева, Т.И. Иванова (Омск)

ФАКТОРЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЕ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН....204
Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х., Юркина Н.В., Власов А.А. (Челябинск)

ОПЫТ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С СОЦИАЛЬНО-ОПАСНЫМИ БОЛЬНЫМИ 205
Е.В. Кудинова, И.А. Удальцова, А.В. Баранов (Тамбов)

БОЛЬНИЧНЫЕ ПАЦИЕНТЫ УКАЗЫВАЮТ СВОИ НУЖДЫ И ОЦЕНИВАЮТ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ 206
А.Н. Куликов, Е.Б. Любов, Н.Б. Левина (Москва)

ТОЧКИ ОПОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПОСЛЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ЦЕННОСТНОЙ СИСТЕМЕ ЛИЧНОСТИ 207
Е.М. Леонтьева, О.Е. Головина (Москва)

ВНЕВЕДОМСТВЕННЫЕ РЕГУЛЯТОРЫ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 208
О.В. Лиманкин (Санкт-Петербург)

ПРОФИЛАКТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА 209
Л.В. Лукина, Н.В. Семенова, Л.И. Ситник (Санкт-Петербург)

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 210
Е.А. Мальцева, М.В. Злоказова (Киров)

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МИШЕНЕЙ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ЮНОШАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ПЕРВЫЙ ПРИСТУП ЮЭПП 211
М.А. Маричева, А.Н. Бархатова, В.Г. Каледа (Москва)

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ РЕМИССИЯМИ 212
Я.А. Меринова (Иркутск)

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРВОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА....213
Мингазов А.Х., Кривулин Е.Н., Юркина Н.В., Власов А.А., Васильев В.Н. (Челябинск)

ПАТОПЛАСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ БРЕДА РЕВНОСТИ У ЖЕНЩИН ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО КРУГА 214
В.Б. Миникаев (Москва)

ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 215
Мовина Л.Г., Листратова М.В., Голланд Э.В., Кузнецова О.Г. (Москва)

МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОАКТИВНОЙ ЗАВИСИМОСТИ 216
П.Н. Москвитин (Новокузнецк)

МОНИТОРИНГ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ....217
Л.Н. Никитин (Чебоксары)

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ....218
М.В. Одегова, Е.Ю. Палкина, Е.Ф. Потехина, Т.В. Кривошеева (Иваново)

КЛИНИКА «ПИВНОГО» АЛКОГОЛИЗМА....219
А.В.Орлов (Москва)

ПРОБЛЕМА ФАКТОРА ХРОНИЧНОСТИ В ПСИХИАТРИИ 220
И.С.Павлов (Москва)

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ НЕМАНИФЕСТНОЙ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ 221
О.Н. Павлова (Иркутск)

ТРУДОУСТРОЙСТВО С ПОДДЕРЖКОЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ....222
О.О.Папсуев, Н.Б.Левина, Л.Я.Висневская (Москва)

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ И АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 223
Петрова Н.Н., Серазетдинова Л.Г., Малеваная О.В. (Санкт-Петербург)

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ПЕРЕГОРАНИЯ В ПСИХИАТРИИ....224
Е.В. Петрова (Санкт-Петербург)

ПАТОДИНАМИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ 225
В.М.Полецкий (Челябинск)

ВЛИЯНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ....226
Попова Т.А., (Тамбов)

ТРИ КОМПОНЕНТА ИНТЕГРАТИВНОГО ПОДХОДА К ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 227
В.А. Празднова, Т.В. Зеленкова (Москва)

К ВОПРОСУ О ТРУДОВОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 228
А.А. Прибытков, А.В. Сумская, О.В. Плотникова (Пенза)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО «КОМПЛАЙЕНС-ТЕРАПИИ» С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ....229
Н.М. Ривкина (Москва)

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МАНИФЕСТНЫЙ ПРИСТУП ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА 230
М.Ю. Рожкова (Иркутск)

ДЕРМАТОЗОЙНЫЙ БРЕД В РАМКАХ КОНФАБУЛЯТОРНОЙ ПАРАФРЕНИИ 231
Д.В. Романов, А.Б. Смулевич (Москва)

КОМОРБИДНОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ 232
В.В. Ростовщиков, Э.Г. Иванчук (Волгоград)

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИИ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПОВСЕДНЕВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 233
Г.Е.Рупчев, А.А. Алексеев (Москва)

ГРУППА САМОПОМОЩИ КАК ВОЗМОЖНАЯ ФОРМА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ....234
Г.Е. Рупчев, Т.Б. Арсеньева, Н. Г. Груза (Москва)

ОСНОВНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ 235
Н.В. Семенова (Санкт-Петербург)

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ 236
Н.В. Семенова (Санкт-Петербург)

ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОТИВАЦИОННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ....237
Семенова Н.Д., Фурсов Б.Б. (Москва)

МНОГОЛЕТНИЙ ДОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП В ТЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ....238
Е.В. Сенько (Иркутск)

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕДЕЕСПОСОБНЫМ ЛИЦАМ ПОСЛЕ УПРАЗДНЕНИЯ СОВЕТОВ ПО ОПЕКЕ ПРИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРАХ....239
П.В. Ситчихин (Краснодар)

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ, ПРИЗНАННЫХ НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ, В ГОРОДЕ КРАСНОДАРЕ ЗА ПЕРИОД 1953-2010 ГОДА....240
П.В. Ситчихин (Краснодар)

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ СТРУКТУРЫ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИЦ ГОРОДА КРАСНОДАРА....241
П.В. Ситчихин (Краснодар)

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ (АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ПСИХОПАТОЛОГИИ, ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ) 242
А.Б.Смулевич (Москва)

ОПЫТ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА....243
О.Н. Степанова, И.А. Койрах, Е.В. Канцурова (Омск)

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ....244
Сторожакова Я.А., Сальникова Л.И. (Москва)

ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАК ЭЛЕМЕНТ ДИАГНОЗА И ОСНОВАНИЕ ПРИЦЕЛЬНОЙ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ....245
С.Н. Стрельник (Самара)

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ СВЕРХЧАСТЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА....246
Д.Ю. Ткачев, Е.М. Кирьянова, Н.Г. Шашкова (Москва)

КОМПЛЕКСНАЯ РАБОТА ГРУПП ВЗАИМОПОМОЩИ 247
Т.А. Ульчева (Оренбург)

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ КОРСАКОВСКИМ СИНДРОМОМ 248
С.В. Ураков, О.С. Зайцев (Москва)

ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЯ МОТИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 249
Фурсов Б.Б., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д. (Москва)

О СОСТОЯНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В СОСТАВЕ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БРИГАД....250
Н.С. Ценных, Д.Л. Шаповалов, (Воронеж)

НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ РАЗРАБОТКЕ АЛГОРИТМОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ....251
Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., Ханнанова А.Н., Иванов А.А. (Москва)

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ 252
А.И. Чеперин, О.Н. Степанова, Т.Ф. Волчкова (Омск)

ОПЫТ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД....253
Чернышкова И.В., Кобзева Э.А., Загатина Ю.В., (Москва)

ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ....254
А.Д. Шеллер, О.Н. Степанова (Омск)

ПЛАНОВАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ 255
Н.А. Шифнер, М.А. Кулыгина, М.В. Семиглазова, А.Е. Бобров, И.А. Логинов (Москва)

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ НА ЭТАПЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ....256
В.М. Шкловский, Д.И. Малин, Г.Н. Кобозев, Г.С. Селищев, И.Ю. Орлов (Москва)

ОСТРЫЕ ПРЕХОДЯЩИЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА:КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ 257
Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина (Москва)

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: БИОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРВЫХ ПРИСТУПАХ ПРОЦЕССУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ 258
И.А.Былим; Ю.М. Шикин (Ставрополь)

ОБОСНОВАНИЕ СТАНДАРТА ТЕРАПИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 259
А.В. Голенков (Чебоксары)

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ 260
Л.Н. Горобец (Москва)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АГОМЕЛАТИНА (ВАЛЬДОКСАНА) ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГОРАССТРОЙСТВА 261
Городничев А.В. (Москва)

ПРИМЕНЕНИЕ КОРТЕКСИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА 262
Э.Г. Иванчук, В.В. Ростовщиков (Волгоград)

АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ 263
Н.И. Любичева, О.И. Салмина-Хвостова (Новокузнецк)

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПРИ СКЛЕРОЗЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ШЕИ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ 264
П.А. Максимова, Г.Н. Носачев (Самара)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ (ТМС) ПРИ ДЕПРЕССИВНОЙ И НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКЕ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 265
Н.В. Масленников (Москва)

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КВЕТИАПИНОМ 266
Е.М. Мутных, А.Е. Бобров (Москва)

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ КОМОРБИДНЫХ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ЭНДОГЕННОЙ ПРИРОДЫ (АФФЕКТИВНОЕ, ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ) 267
И.А Погосова (Курск)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ ТРЕНИНГОВ И АНТИПСИХОТИКОВ 2 ПОКОЛЕНИЯ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 268
А.Г. Софронов, А.А. Спикина, А.П. Савельев (Санкт-Петербург)

ПРИМЕНЕНИЕ ЭСТ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ:ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ 269
Цукарзи Э.Э. (Москва)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТЕГРЕТОЛОМ И ПАНТОГАМОМ ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 270
И.В. Шадрина, К.Н. Дедова (Челябинск)

ПРИМЕНЕНИЕ КВЕТИАПИНА, ОЛАНЗАПИНА, РИСПЕРИДОНА, ЗИПРАСИДОНА ПРИ КУПИРОВАНИИ ОСТРЫХ МАНИАКАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ 271
Шафаренко А.А. (Москва)

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 272
Алфимова М.В., Мельникова Т.С., Лапин И.А. (Москва)

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ЭЭГ КОРРЕЛЯТЫ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ КОГЕРЕНТНОГО АНАЛИЗА 273
В.К. Бочкарев, А.З. Файзуллоев (Москва)

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПОЛИМОРФНОГО НЕЙРОЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТАМИ КАБЕРГОЛИН И МЕТФОРМИН У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ РИСПЕРИДОН 274
В.С. Буланов, Л.М. Василенко (Москва)

ТРОМБОЦИТАРНЫЕ ФЕРМЕНТЫ У БОЛЬНЫХ С МАНИФЕСТНЫМ ПРИСТУПОМ ЭНДОГЕННОГО ПСИХОЗА 275
Бурбаева Г.Ш., Бокша И.С., Каледа В.Г., Бархатова А.Н., Омельченко М.А., Турищева М.С., Терешкина Е.Б., Савушкина О.К., Стародубцева Л.И. (Москва)

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ 276
Л.М. Василенко, В.С. Буланов (Москва)

ВЛИЯНИЕ АНТИПСИХОТИКОВ НА ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАН БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ 277
Говорин Н.В., Озорнин А.С., Озорнина Н.В. (Чита)

ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ У ЮНОШЕЙ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ШР), НАЧАВШИМИСЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 278
Н.В. Зверева (Москва)
Н.Л. Горбачевская, М.П. Кобзова, О.А. Щелокова, А.В. Горюнов,

ГАРМОНИЧЕСКОЕ ЗВУКОВОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ И ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО 279
Е.А. Григорьева, А.А. Певзнер, А.Л. Дьяконов (Ярославль)

ОСОБЕННОСТИ ЭКСКРЕЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ, ДОФА И ДОФУК У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В РАМКАХ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО И ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ 280
А.З.Дроздов, И.Н.Винникова, О.В.Гузенко, А.С.Дмитриев, Т.С.Филатова, Б.М.Коган (Москва)

РОЛЬ ИММУННЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОИДИТОМ ХАШИМОТО 281
Г.П. Иванова, Л.Н. Горобец (Москва)

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЭГ В ДИНАМИКЕ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА 282
Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Васильева А.Г., Яковлева О.Б., Сафарова Т.П. (Москва)

НАРУШЕНИЯ МОНОАМИНЕРГИЧЕСКИХ СИСТЕМ И ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ 283
Калинина В.В., Грызунов Ю.А., Смолина Н.В., Узбеков М.Г., Мисионжник Э.Ю., Добрецов Г.Е. (Москва)

ИЗМЕНЕНИЯ КОРТИКАЛЬНОЙ НЕЙРОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕДУЩЕГО АФФЕКТА ПРИ РЕКУРРЕНТНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ (ПО ДАННЫМ КОГЕРЕНТНОГО АНАЛИЗА ЭЭГ) 284
Лапин И.А., Мельникова Т.С. (Москва)

ДИНАМИКА УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ И ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРАПИИ ОЛАНЗАПИНОМ 285
М.И. Матросова, Л.Н. Горобец, А.В. Литвинов (Москва)

ДНЕВНАЯ ДИНАМИКА МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ ЭЭГ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЯХ 286
Мельникова Т.С., Краснов В.Н., Андрушкявичус С.И. (Москва)

ОБ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ 287
Мисионжник Э.Ю., Узбеков М.Г., Шмуклер А.Б. (Москва)

РЕАКЦИЯ БИОПОТЕНЦИАЛОВ МОЗГА НА ЗВУКОВЫЕ ГАРМОНИКИ РАЗЛИЧНОЙ ЧАСТОТЫ 288
А.А. Певзнер, Е.А. Григорьева, А.Л. Дьяконов (Ярославль)

ИНВОЛЮЦИОННАЯ ИСТЕРИЯ: ТИПОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ 289
Поляковская Т.П. (Москва)

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО И ОПТИЧЕСКОГО ОСВЕЩЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЦИКЛА СОН-БОДРСТВОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СЕЗОННЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ 290
И.В. Пудиков (Самара)

ОЦЕНКА КОГЕРЕНТНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЭЭГ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ И НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ 291
Саркисян В.В., Мельникова Т.С., Сторожакова Я.А. (Москва)

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PIP5K2A В ПАТОФИЗИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ 292
О.Ю. Федоренко, В.А. Гаврилова, А.В. Семке, С.А. Иванова (Томск)

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ....293
А.Ю. Березанцев, Л.И. Монасыпова, А.М. Спиртус (Москва)

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

ОПЫТ АКТИВИЗАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПСИХОТЕРАПЕТВА И УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ 294
М.В. Кузнецова, А.Е. Бобров (Москва)

О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ ШИЗОФРЕНИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ 295
М.Е. Бурно (Москва)

ВАРИАНТ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ 296
А.М. Бурно (Москва)

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 297
М.В. Васильева, Н.Г. Гаранян, В.И. Брутман (Москва)

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ....298
Д.А. Верещагина (Москва)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ....299
М.А. Вишневская, Е.Ю. Струкова (Тамбов)

ШКОЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ДЕТЕЙ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОГРАММАМ РАЗНОГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ....300
С.В.Воликова, А.Л.Суровова (Москва)

ЖИЗНЕНЫЕ НАВЫКИ – ЭТО ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЧЕЛОВЕКА....301
В.С. Володин (Воронеж)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В ЛЕЧЕНИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ 302
В.С. Володин, А.Ю. Ермолов (Воронеж)

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА В ФОКУСЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ....303
А.Н.Воронин, Е.Л.Николаев (Чебоксары)

СОЦИАЛЬНО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АБОНЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В СЛУЖБУ «ТЕЛЕФОНА ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»....304
А.К. Гажа, С.В. Корнюхина, Е.Ю. Струкова (Тамбов)

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕНТАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ 305
Ю.М.Грибкова, О.Д.Пуговкина (Москва)

ГОТОВНОСТЬ ПАЦИЕНТА К ЛЕЧЕНИЮ: ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ 306
Е.Э. Декало, В.И. Курпатов (Пенза,Санкт-Петербург)

ПРИНЦИПЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ В ОБЛАСТИ ВРАЧЕБНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ 307
Ю.Т. Джангильдин (Москва)

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ЛИЧНОСТНЫМИ ЧЕРТАМИ ТОРМОЗИМОГО КРУГА 308
Ю.Т. Джангильдин, Д.А. Голубев (Москва)

ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ 309
Ю.Т. Джангильдин, М.Л. Баранов (Москва)

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ С РАЗНОЙ ДАВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ....310
Л.С. Дронова, О.Д.Пуговкина (Москва)

ДИНАМИКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ШКОЛАХ.... 311
Евлашкина Н.М. (Москва)

ИСТЕРИЯ, ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ – ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИЛИ МОДЕРНИЗАЦИЯ 312
Б.Е. Егоров (Москва)

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ, В РАМКАХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ....313
В.В. Ермолаев, М.Ю. Титова (Тамбов)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В ЛЕЧЕНИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ 314
А.Ю. Ермолов, В.С. Володин (Воронеж)

ЛИЧНОСТНО-ЦЕНТРИРОВАННЫЙ ИНТЕГРАТИВНЫЙ ДИАГНОЗ И МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ 315
Ю.П.Зинченко, Е.И. Первичко (Москва)

ТЕХНОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ПЛОДА И НАРУШЕНИЙ НЕЙРОРАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В РОССИИ 316
Балашова Т.Н., Волкова Е.Н., Исурина Г.Л., Цветкова Л.А.(Санкт-Петербург)

СУИЦИДАЛЬНАЯ ИДЕАЦИЯ И ЛИЧНОСТНАЯ САМОРЕФЛЕКСИЯ....317
О.Э. Калашникова (Москва)

О СЕГОДНЯШНЕМ РЕАЛИСТИЧЕСКОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ТЕАТРЕ-СООБЩЕСТВЕ 318
И.Ю. Калмыкова (Москва)

ПРАКТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОТДАЛЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ 319
Н.В. Каташинский, Е.Ю. Соколов (Москва)

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ В УСЛОВИЯХ КРЫТОГО БАССЕЙНА 320
И.С. Корявко, Е.Ю. Соколов, С.В. Кузьмин С.В. (Москва)

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ 321
Краля А.А. (Москва)

ПСИХОДИАГНОСТИКА СКРЫТОЙ МОТИВАЦИИ ЛИЧНОСТИ СУИЦИДЕНТОВ КАК ВАЛИДНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ....322
И.А. Кудрявцев, Е.Э. Декало (Москва, Пенза)

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ЗВЕНО В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 323
Ю.Г. Манучарян, Л.К. Хохлов (Ярославль)

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМЫ ГЛУБИННЫХ СТРУКТУР МОЗГА....324
З.А. Меликян, О.С. Зайцев, Ю.В. Микадзе, А.А. Потапов (Москва)

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА....325
И.В.Никитина, А.Б.Холмогорова, В.В.Краснова (Москва)

ДИНАМИКА «КИНЕТИЧЕСКОЙ МЕЛОДИИ» БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ С ПОЗИЦИЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ 326
Н.Ю. Оганесян (Санкт-Петербург)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СИМВОЛДРАМЫ В РАМКАХ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ....327
И.Е. Пащенко, М.В. Хандога, Д.Н. Коломиец (Краснодар)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СИМПТОМООБРАЗОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ....328
Первичко Е.И., Ковязина М.С., Будкевич Л.И., Казбеков М.И. (Москва)

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ИСКУССТВО....329
Ю.И. Полищук, З.В. Летникова, В.Б. Гурвич (Москва)

ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА МЕТОДОМ ГРУППОВОЙ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ..330
Потапова В.А. (Москва)

ДИСФУНКЦИИ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И СКЛОННОСТЬ К АЛКОГОЛИЗАЦИИ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ....331
О.Д.Пуговкина, А.В.Попинако (Москва)

ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ 332
О.В. Рычкова (Белгород)

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ....333
Радионова М.С., Салтанова И.В. (Москва)

ОТДАЛЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СОТРУДНИКОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ....334
Е.Ю. Соколов, Е.В. Жовнерчук (Москва)

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ КАК НОВАЯ АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ИССЛЕДОВАНИЙ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ 335
Спиркина Т.С., Радионова М.С., Ялтонский В.М. (Белгород)

ИНТЕРНЕТ-ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ПСИХОГЕННЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, ПЕРВЕРСИЙ, ГОМОСЕКСУАЛИЗМА, ТРАНССЕКСУАЛИЗМА....336
М.С. Суслова, Я.Г. Голанд, М.Б. Суслова, А.А. Голанд (Нижний Новгород)

И ВСЕ-ТАКИ ГОМОСЕКСУАЛИЗМ И ТРАНССЕКСУАЛИЗМ ЛЕЧИТСЯ!....337
М.Б. Суслова, Я.Г. Голанд, А.А. Голанд, М.С. Суслова (Нижний Новгород)

КРОССКУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СТАДИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ 338
Л.М. Таукенова (Нальчик)

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ, В РАМКАХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ....339
М.Ю. Титова, В.В. Ермолаев (Тамбов)

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 340
Д.Ю. Толошинова (Санкт-Петербург)

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТТЕРНОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА: МЕТОДОЛОГИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ, СЛЕДСТВИЯ....341
Тукаев Р.Д., Кузнецов В.В., Кузнецов А.Н., Зуева О.П., Ларина А.Д. (Москва)

ДИНАМИКА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕАНСА ГИПНОЗА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ....342
Тукаев Р.Д., Кузнецов В.В., Антипова О.С., Стефанов Г.Б., Штарк Л.Н., Срывкова К.А. (Москва)

ИДЕНТИЧНОСТЬ И МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ....343
А.И. Чеперин, Д.В. Четвериков, С.С. Одарченко (Омск)

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ....344
О.В. Чупрова (Чебоксары)

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ....345
О.В. Чупрова (Чебоксары)

НАРУШЕНИЕ СНА У СОЗАВИСИМЫХ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ....346
Л.К. Шайдукова, Г.А. Гареева (Казань)

МУЗЫКОПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО И АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРОВ 347
Т.К. Шемякина, Б.А. Воскресенский (Москва)

НАДЕЖНОСТЬ ОПРОСНИКА ПЕРФЕКЦИОНИЗМА (ГАРАНЯН, ХОЛМОГОРОВА) 348
Т.Ю.Юдеева, Н.Г.Гаранян, К.С.Михайлян (Москва)

МОДЕЛЬ СЛУЖБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ В ВУЗЕ 349
Якубова Л.Н., Холмогорова А.Б.(Москва)

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ТЕРАПИИ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ 350
А.П. Азизов, И.В. Романова (Махачкала, Харьков)

МЕДИЦИНСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ПСИХОГЕННЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ И СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕКСУАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ....351
Б.Е. Алексеев, И.М. Белоус (Санкт-Петербург)

ЛЕЧЕНИЕ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕМАТИКИ 352
М.А. Аркус (Москва)

ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСГАРМОНИЙ....353
Буткова Т.В., Кибрик Н.Д, (Москва)

ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕДОФИЛИИ....354
Баринов А.М., Введенский Г.Е., Колоколов А.В. (Москва)

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В СЕКСОЛОГИИ 355
В.С. Володин (Воронеж)

ОСЛОЖНЕНИЯ ФАРМАКОТЕАРПИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ....356
Ворник Б.М. (Киев)

НАУКА НЕ ДОКАЗАЛА, ЧТО ГОМОСЕКСУАЛИЗМ НОРМАЛЕН 357
Я.Г. Голанд, М.Б. Суслова, А.А. Голанд, М.С. Суслова (Нижний Новгород)

ГОМОЭРОТИЗМ МОЛОДЁЖИ 358
Г.Б. Дерягин (Москва)

НУЖНА ЛИ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КАСТРАЦИЯ ПЕДОФИЛОВ В РОССИИ?....359
Цымбал Е.И., Дьяченко А.П. (Москва)

ИСТЕРИЯ, ФРИГИДНОСТЬ И ФЕМИНИЗМ – СОВПАДЕНИЕ И ПРОТИВОСТОЯНИЕ....360
Егоров Б.Е., Тихомирова Г.Н. (Москва)

ОРГАЗМИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ: ЛЕЧЕБНЫЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОДХОДЫ....361
М.В. Екимов (Санкт-Петербург)

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ....362
И.Ю. Кан, М.И. Ягубов (Москва)

НЕЙРОВИЗУАЛЬЗАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ 363
Б.Г.Карашева, Н.Д.Кибрик (Москва)

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ 364
А.А. Касторная, М.И. Ягубов (Москва)

СОВРЕМЕННОЕ МНОГООБРАЗИЕ СЕКСОЛОГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В РОССИЙСКОМ НАУЧНОМ СЕКСОЛОГИЧЕСКОМ ОБЩЕСТВЕ (РНСО)....365
Кащенко Е.А. (Москва)

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ СЕКСОЛОГИИ:МОДЕЛИ ИНТЕРВЕНЦИЙ 366
Г.С. Кочарян (Харьков)

СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВРАЧА-СЕКСОЛОГА....367
Е.А. Кульгавчук (Москва)

ЗНАЧЕНИЕ И РОЛЬ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ 368
Овсянников С.А., Кручинская Ю.Н. (Москва)

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ СВЕРХДЛИТЕЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ (ЭКСПЕРЕМЕНТ МАРС 500) 369
Покровский Ю.Л., Мякишева Ю.В. (Москва)

ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙВ РАМКАХ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ ЙОГОЙ.....370
Ю. П. Прокопенко (Москва)

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГИБИТОРОВ ФДЭ-5 371
Д.Ю. Пушкарь, А.С.Сегал, Т.Н. Моисеенко (Москва)

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ СЕКСУАЛИЗАЦИЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ ВОВЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА
В РАННИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ.....372
Соколова Л.А., Цымбал Е.И. (Москва)

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОРГАЗМИЧЕСКИМИ ДИСФУНКЦИЯМИ 373
В.И. Шигапова, М.И. Ягубов (Москва)

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ДИНАМИКА СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ, РАЗВИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ
НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.....374
Л.Н. Штарк, М.И. Ягубов (Москва)

КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
ГОЛОВНОГО МОЗГА.....375
М.И. Ягубов (Москва)

ВУЗ: ОТ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ СЕКСОЛОГИИ – К ЛИЧНОСТНОМУ РАЗВИТИЮ 376
О.К. Яценко (Кемерово)

ФАКТОРЫ РИСКА САМОУБИЙСТВА РУССКОЯЗЫЧНЫХ В ЭСТОНИИ В СРАВНЕНИИ С ЭСТОНЦАМИ:
СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ ИССЛЕДОВАНИЕ 377
K. Kõlves1, M. Sisask, L. Anion, A. Samm, A. Värnik (Таллинн, Эстония)

ПРОБЛЕМЫ АФФЕКТИВНЫХ, СТРЕССОВЫХ, СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БИПОЛЯРНЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ II ТИПА 378
Р.Г. Акжигитов (Москва)

ГЛУБИННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РИСКА АУТОДЕСТРУКТИВНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С ЛИЧНОСТНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 379
Л.С. Архангельская (Москва)

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КОНВЕРСИОННЫХ РАССТРОЙСТВ 380
А.О. Асанов (Нальчик)

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОГРАНИЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У
БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ 381
И.Е. Бабушкин (Барнаул)

ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ 382
Л.В.Князева, В.В.Бакланов (Сыктывкар)

ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ 383
Г.С. Банников (Москва)

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ 384
Ю.Б. Барыльник, Е.В. Бачило (Саратов)

ПСИХОГИГИЕНА СОТРУДНИКОВ ПОЛИЦИИ.....385
К.В. Безчасный (Москва)

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ
С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ 386
А.Е. Бобров, Е.В. Файзрахманова (Москва)

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ДИНАМИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ.....387
Богушевская Ю.В., Севостьянова А.О. (Курск)

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.....388
Е.О. Бойко, Л. Е.Ложникова (Краснодар), М.В. Злоказова (Киров)

ПРЕДСТАВЛЕННОСТЬ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМОРФНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ 389
Ваксман А.В. (Москва)

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ИХ ПАЦИЕНТОВ.....390
С.В. Ваулин, М.В. Алексеева (Смоленск)

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КРИЗИСНОЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ 391
И.А. Виноградова (Москва)

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....392
О.П. Ворсина (Иркутск)

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ 393
А.К. Гажа, М.А. Горкина, Ю.С. Тареева (Тамбов)

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛИМЕНТАРНО - КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИИ.....394
Н.В. Гегель (Москва)

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В КРИЗИСНОМ СТАЦИОНАРЕ 395
В.М. Гилод, А.Н. Паршин, Е.В. Гальцев (Москва)

ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРНО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ
ДЕПРЕССИЕЙ НА ИХ СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ.....396
Е.К. Горячева, И.Л. Степанов (Москва)

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР) В РАМКАХ ОРГАНИЧЕСКИХ
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ ВЕТЕРАНОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ 397
К.Н. Дедова, И.В. Шадрина (Челябинск)

СПЕЦИАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА С ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЗВЕНА
КАК ОСНОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.....398
В.А. Дереча, Г.И. Дереча (Оренбург)

ЦЕНТР ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ КАК МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С АФФЕКТИВНЫМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 399
Диков С.Ю. (Москва)

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СУИЦИДОЛОГИИ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ 400
Е.А. Душина (Москва)

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ДЕПРЕССИЯ 401
А.Л. Дьяконов (Ярославль)

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ С
ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ 402
Е.Е. Ершов, А.В. Ханько (Санкт-Петербург)

СУИЦИДОЛОГИЯ В РОССИИ: ОРГАНИЗАЦИЯ ИЛИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ?.....403
Н.А. Ештокин (Ростов-на-Дону)

БРИГАДНЫЙ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ ВЕДЕНИИ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ,
СОВЕРШИВШИХ АУТОАГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ.....404
Н.М. Захарова (Москва)

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПСИХИАТРОВ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ.....405
Л.В. Золотухина, И.В. Шадрина (Челябинск)

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ.....406
Н.Н. Иванец, М.А. Боброва (Москва)

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОБУСЛОВЛЕННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ 407
К.А. Идрисов (Грозный)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПРОГРАММ КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА....408
Калашникова Т.В., Салмина-Хвостова О.И. (Новокузнецк)

ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИФИЦИРОВАННОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА....409
С.В. Кисель, О.В. Петрунько (Иркутск)

К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕМПЕРАМЕНТА И ЧЕРТ ХАРАКТЕРА У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ С ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗДНИМ МАНИФЕСТОМ....410
А.В. Ковалева (Иркутск)

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ....411
Т.Н. Колесниченко, И.В. Шадрина (Челябинск)

СОПОСТАВЛЕНИЕ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ЧЕРТ ХАРАКТЕРА У ОБЛУЧЕННЫХ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ И ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС....412
Колмогорова В.В. (Челябинск)

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИИ....413
В.В. Колягин (Иркутск)

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ....414
В.В. Колягина, В.В. Колягин, Л.П. Белоусова, Н.В. Безбородова (Иркутск)

ЗНАЧЕНИЕ ПОДТИПОВ АПАТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ ПРИ ВЫБОРЕ АНТИДЕПРЕССАНТА....415
Кошкин К.А. (Москва)

ПСИХОДИАГНОСТИКА СКРЫТОЙ МОТИВАЦИИ СУИЦИДЕНТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ....416
И.А. Кудрявцев, Е.Э. Декало (Москва, Пенза)

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ....417
В.М. Кушнарев (Москва)

РОЛЬ СМИ В ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ И ЕГО ПРЕВЕНЦИИ....418
А.А. Лучина (Москва)

РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ (ДАННЫЕ ДЛЯ РЕЕСТРА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РФ)....419
Е.Б. Любов (Москва)

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ СУИЦИДОВ В РОССИИ....420
Е.Б. Любов (Москва), М.В. Морев и О.И. Фалалеева (Вологда)

СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРЕМОРБИДЕ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ....421
Моисейчева О.В. (Москва)

30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ (МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АСПЕКТЫ)....422
Г.Н. Носачев (Самара)

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ....423
А.В. Павличенко (Москва)

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СУИЦИДОЛОГА ПНД....424
М.В. Пак, Л.Г. Мугурдумова (Москва)

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕПРЕССИИ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА....425
О.В. Петрунько (Иркутск)

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ....426
S. Platt (Эдинбург, Шотландия)

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С БОЕВЫМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ....427
А.В. Погосов, Ю.Н. Сочивко

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ (МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ) ТЕРАПИИ КОМОРБИДНЫХ ТРЕВОЖНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ....428
И.А. Погосова (Курск)

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ....429
Радионова М.С., Салтанова И.В. (МГППУ)

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В ПЕРВИЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЗВЕНЕ....430
Д.В. Романов, В.С. Баранов, М.С. Степаньков (Самара)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У ТЕЛЕУТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ И ТРЕВОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ....431
Салмина-Хвостова О.И., Калашникова Т.В., Ковылин А.И. (Новокузнецк)

ОПЫТ КОРРЕКЦИИ АСТЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У СТУДЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ....432
Н.С. Сединина (Пермь)

КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА (ОПЫТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО И МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ПОДХОДОВ)....433
Г.И. Семикин, Е.Б. Любов (Москва)

МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ И МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРАКТИКЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ....434
О.Н. Степанова (Омск)

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ГОЛОСОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ....435
Стукало А.В., Вельтищев Д.Ю., Романенко С.Г. (Москва)

ОЦЕНКА ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ ПРИ ЭНДОГЕНОМОРФНОЙ ДЕПРЕССИИ С УЧЕТОМ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ....436
Трофимова О.С., Антипова О.С., Краснов В.Н. (Москва)

ПСИХИКА БОЛЬНОГО ПСОРИАЗОМ....437
Л.Г. Урсова, В.В. Владимиров (Москва)

РЕЛИГИОЗНЫЙ ФАКТОР В КОПИНГ-СТРАТЕГИЯХ ЛИЦ, ПЕРЕЖИВШИХ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ СОБЫТИЯ В ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ....438
И.С. Хажуев, К.А. Идрисов (Грозный)

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОГРАММЕ «ИНФОРМИРОВАННОСТЬ – МОНИТОРИНГ – ВМЕШАТЕЛЬСТВО»....439
С.В. Харитонов (Москва)

ПРИМЕНЕНИЕ АДДЕНБРУКСКОЙ КОГНИТИВНОЙ ШКАЛЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ....440
Д.М. Царенко, М.А. Боброва, А.А. Курсаков (Москва)

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ....441
Д.М. Царенко, А.Е. Бобров (Москва)

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ДЕПРЕССИВНЫХ ИДЕЙ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ....442
Целищев О.В. (Москва)

РАБОТА СУИЦИДОЛОГА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ....443
В.Е. Цупрун (Москва)

ОТНОШЕНИЕ К ЖИЗНИ И СМЕРТИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ОСТРОМ ПОСТСУИЦИДЕ....444
К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов (Москва)

СОДЕРЖАНИЕ

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СУИЦИДЕНТОВ С УЧЕТОМ ИХ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ 445
И.К. Чобану

МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ И МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРАКТИКЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ 446
А.Д. Шеллер, О.Н. Степанова (Омск)

ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА 447
Шеломкова О.А., Вельтищев Д.Ю. (Москва)

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 448
И.И. Шереметьева, А.В. Плотников (Барнаул)

НАРУШЕНИЯ СНА У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ 449
О.Г.Яковлев, И.В.Пудиков (Самара)