



ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ: ГДЕ ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ?

*Материалы Российской
научно-практической конференции
с международным участием*

*Оренбург
2013*

**Государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Оренбургская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ:
ГДЕ ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ?**

*Материалы Российской научно-практической конференции
с международным участием*

Оренбург
2013

УДК 615.851+615.214(063)

ББК 53.57+52.817.10

П86

Под редакцией заведующего кафедрой психиатрии, медицинской психологии д. м. н., профессора В. Г. Будзы, доцентов Е. Ю. Антохина и П. О. Бомова.

П86 Психотерапия и психофармакотерапия: где точки соприкосновения? Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием. – Оренбург: изд-во ОрГМА, 2013. – 104 с.

Сборник материалов Российской конференции с международным участием содержит публикации по современным аспектам диагностики, лечения и реабилитации психически больных.

УДК 615.851+615.214(063)

ББК 53.57+52.817.10

© Оренбургская государственная медицинская академия, 2013

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МИШЕНИ НОНКОНПЛАЕНСА ПРИ ИПОХОНДРИИ В ИНТЕГРАТИВНОМ АСПЕКТЕ

Авеличев В. К.

*ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница № 1», Россия*

Проблема комплаенса – согласия пациента следовать рекомендациям врача [4] – в последние годы находится на стадии интенсивных научных разработок и поиска практических решений в области психиатрии. Наиболее пристальное внимание обращают на себя вопросы комплаентности фармакотерапии психозов в рамках шизофрении [3, 5]. Особенности комплаентных отношений у больных с невротическими расстройствами исследованы крайне ограниченно.

Среди всех невротических расстройств наиболее сложными для формирования комплаенса представляются ипохондрические, которые изначально, по своему определению создают ситуацию нонкомплаенса. Типичные для ипохондрического состояния сомнения по поводу достоверности результатов обследования, недоверие к установленному диагнозу и адекватности назначенного лечения, произвольность в понимании внутренней картины болезни и механизмов лечебного воздействия блокируют возможность комплаентных отношений. Обращенность ипохондрических переживаний к соматической сфере, повышающая разрешение побочных явлений медикации, создает высокую вероятность отказных реакций в процессе терапии. Нонкомплаенс при ипохондрических расстройствах можно рассматривать не только как обстоятельство терапии, но и как патогномоничное проявление самого страдания.

Появление ипохондрической симптоматики в структуре любого невроза является одним из предикторов хронификации в виде затяжного течения и невротического развития личности [2], поэтому своевременное установление надежно-

го комплаенса при ипохондрических расстройствах является важным условием их эффективной терапии. Кроме того, ипохондрия невротического регистра, как правило, коморбидно сочетается с тревожно-депрессивными расстройствами, требующими значительной терапевтической экспозиции и, соответственно, высокой комплаентности.

При любой невротической патологии, предполагающей применение психотропной терапии, больные сталкиваются с различными психологическими препятствиями и вызовами, подвергающими испытанию систему комплаенса, однако максимальные риски нонкомплаенса создаются в формате ипохондрических расстройств. Типовые психологические проблемы в установлении конструктивного комплаенса (кооперативного, пассивно-исполнительного [1] в зависимости от используемого методологического подхода могут быть представлены следующими группами:

1) проблемы комплаенса экзистенциального плана:

а) согласие больного с необходимостью медикаментозной терапии может быть эквивалентно знаковому «отказу от самоактуализации», т. к. связано с признанием больным приоритета внешней помощи в виде лекарственного воздействия и собственного бессилия в мобилизации внутренних личностных ресурсов для борьбы с болезнью

б) организованный процесс медикации может символизировать в восприятии больного «потерю свободы выбора», вследствие принятых договоренностей по выполнению требований текущего лечебного режима и регламента его продолжительности, а также санкций за нарушение взятых обязательств;

в) очевидная целесообразность оздоровления посредством медикаментозного лечения вступает в противоречие с «условной желательностью» невротических симптомов, что в целом создает устойчивую систему двойственного отношения больного к результатам терапии, приводящую к конфликту долгосрочных интересов и кризису жизненного целеполагания;

2) проблемы комплаенса интерперсонального психодинамического плана:

а) медикация может восприниматься больным как постороннее вмешательство, интервенция в систему отношений личности и вызывать характерное для терапевтической ситуации бессознательное сопротивление с возможной проекцией на зону комплаентных отношений в форме активно оппонирующего и пассивно-оборонительного комплаенса;

б) в процессе фармакотерапии лидирующая роль врача в диаде врач – больной активизирует переносные реакции, которые в болезненной ситуации могут существенным образом негативно проявиться в виде формирования деструктивных вариантов комплаенса: регрессивно-зависимого, тревожно-избегающего и амбивалентного;

3) проблемы комплаенса когнитивно-поведенческого плана:

а) избегание лечения – основная форма поведенческого некомплаенса, как правило, регулируемая когнитивными схемами, присущие аффективным включениям в структуре ипохондрии; при депрессивных компонентах – это пессимизм в оценке результата терапии, при тревожных – антиципация повышенных рисков осложнений и побочных эффектов;

б) ненадлежащее исполнение инструкций по лечению, т. е. дат явок к врачу, периодичности приема препаратов, дозировки лекарств, требований лечебного режима и т. д. вследствие aberrаций, ошибок, запямятований содержания первичного комплаенса на основе влияния слабо осознаваемых автоматических мыслей негативной направленности, инициирующих примитивные защитно-психологические механизмы вытеснения и отрицания;

в) прокрастинация – откладывание принятия решений, связанных с лечебным процессом, базирующаяся на когнитивных искажениях (перфекционизм, дихотомическое восприятие, принцип обязательной реализации), создающих

психологические препятствия из-за чрезмерной идеализации ожидаемых результатов терапии и невозможности реализации максималистских запросов.

Выявленная проблематика нарушений комплаенса, идентифицированная в процессе фармакотерапии ипохондрических расстройств, в силу своего универсального характера может быть экстраполирована и на другие невротические состояния. Перечисленные типовые психологические проблемы дают представление о некоторых, наиболее вероятных психотерапевтических мишенях нонкомплаенса в понятиях основных направлений психотерапии. Выбор способов коррекции нарушенных комплаентных отношений зависит от психотерапевтического подхода, используемого специалистом в соответствии с его индивидуальными предпочтениями, знаниями и навыками в конкретных областях психотерапии. С учетом современной тенденции к интегративности в решениях психотерапевтических задач вполне допустимо параллельное использование различных методик, объединенных в общую концепцию терапии.

Список литературы

1. Авеличев, В. К., Антохин Е. Ю., Горбунова М. В., Крюкова Е. М. Формирование медикаментозного комплаенса в процессе психотерапии // *Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии»* – М., 2007. – С. 172.

2. Антохин, Е. Ю., Авеличев В. К. Ранняя ипохондризация невротических расстройств как предиктор затяжного течения // *Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: Сб. тез. науч.-практ. конф. с междунар. участием / под ред. Н. Г. Незнанова Б. Д. Карвасарского.* – СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. – С. 22-23.

3. Бабин, С. М., Шлафер А. М., Сергеева Н. А. *Комплаенс-терапия больных шизофренией.* – [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2011. N 2. – URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 17.03.13 г.).

4. Лапин, И. П. Личность пациента и врача как детерминанта действия лекарства / И. П. Лапин // *Обозр. психиатрии и мед. психологии.* – 2000. – №1. – С. 9–13.

5. Незнанов, Н. Г., Вид В. Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159–162.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АКТОВЕГИНА И ЦЕРАКСОНА В ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАСТЕНИИ

Аманжулов Г. Х.¹, Хамитова Ж. М.¹, Зайнуллин С. В.¹,
Кубаева Р. М.², Павленко В. П.¹, Бомов П. О.³

¹*Западно-Казахстанский государственный медицинский
университет им. М. Оспанова, Актобе, Казахстан*

²*Актюбинский областной психоневрологический диспансер,
Актобе, Казахстан*

³*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская
академия» Минздрава РФ, Россия*

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к числу наиболее распространенных и тяжелых видов повреждений. Среди причин ЧМТ 50-78% занимает бытовой травматизм, 10-30% – транспортный, 12-15% – производственный и 1-2% – спортивный [1]. ЧМТ занимает ведущее место среди травм нервной системы в формировании инвалидности. Социальное значение травмы головного мозга обусловлено преимущественно молодым возрастом пострадавших, длительностью временной нетрудоспособности, значительным экономическим ущербом. В связи с этим проблема адекватной фармакологической коррекции последствий ЧМТ является актуальной задачей медицины [2]. Важное место в патогенезе ЧМТ занимают обусловленные гипоксией метаболические нарушения в виде энергодефицита и сопутствующие ему чрезмерная активация процессов перекисного

окисления липидов и угнетение активности антиоксидантных систем [3, 4]. Учитывая гипоксическую компоненту ЧМТ и ее повреждающее действие на метаболизм нервной ткани, целесообразно применение антигипоксических и нейропротективных средств защиты. Наиболее эффективны препараты метаболического типа действия, обладающие энергостабилизирующими, антиоксидантными и нейропротективными свойствами. Этим требованиям отвечают препараты актовегин и цераксон. **Актовегин** является депротеинизирующим гемодериватом из крови телят с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот. Основными показаниями, связанными с нарушением функций мозга, для актовегина являются: недостаточность мозгового кровообращения, ишемический инсульт, черепно-мозговые травмы. **Цераксон** является лекарственным препаратом, обладающим нейропротективным действием. Цераксон как донатор фосфатидилхолина, активно участвует в синтезе клеточных мембран и метаболизме ацетилхолина, поддержании целостности клеточных и митохондриальных мембран нейронов, сохранении функциональной активности K^+/Na^+ -АТФазы и митохондриальной АТФазы, уменьшении выброса глутамата во внеклеточное пространство и активации его обратного захвата астроцитами, увеличении синтеза глутатиона и ослаблении процессов перекисидации липидов, снижении уровня арахидоновой кислоты в очаге ишемии. Цераксон доказал способность воздействовать на основные звенья ишемического каскада, многочисленные клинические исследования подтвердили достоверную эффективность (с позиций доказательной медицины) применения цераксона.

Цель исследования – исследование эффективности препаратов «Актовегин» и «Цераксон» в терапии больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы в форме посттравматической церебрастении.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 68 пациентов, перенесших ЧМТ разной степени тяжести (преимущественно средней степени), с диагностированной

посттравматической церебрастенией, проходивших лечение в дневном стационаре Актюбинского областного психоневрологического диспансера. Пациенты были разделены на 2 группы (в каждой группе 34 больных). Пациенты исследуемой группы получали комбинацию актовегина (400 мг 2 раза в день внутрь) и цераксона (2 мл (200 мг) 3 раза в день внутрь). Частота, дозировка и временные условия введения плацебо (2-я группа) соблюдались те же, что и в исследуемой группе. Продолжительность курса лечения составила 15 дней. Состояние больных оценивали с использованием клинико-психопатологического метода, цветового личностного теста Люшера, метода отыскивания чисел по таблицам Шульте. Признаки церебрастенического состояния у пациентов заключались в повышенной психической и физической утомляемости, рассеянности, расщепленности внимания, снижении работоспособности, потребности в длительном отдыхе. Повышение психической истощаемости у пациентов сочеталось с чрезмерной возбудимостью, что сопровождалось увеличением уровня тревожности.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате объективной оценки выраженности церебрастенического состояния с помощью метода Люшера исходно выявлены характерные для посттравматической церебрастении показатели вегетативного коэффициента в диапазоне от 0,20 до 0,49, описываемые как астения, установка на отдых и восстановление сил, наличие признаков хронического утомления, временное истощение жизненного энергоресурса, пассивное реагирование на трудности, неготовность к напряжению сил. Динамика психопатологических расстройств у больных на фоне терапии актовегином и цераксоном характеризовалась однонаправленной редукцией собственно астенических проявлений у 94% больных к 5 дню лечения, значение вегетативного коэффициента увеличивалось на 137% ($p < 0,05$). Выбор цветовых предпочтений, отражающий функциональное состояние центральной нервной системы, показал увеличение энергопотенциала, достаточного для успешной деятельности в привыч-

ных условиях. По окончании курса лечения у пациентов, получавших комбинацию препаратов, наблюдалась психофизиологическая мобилизованность и умеренное деятельное возбуждение. Обследуемые пациенты не боялись столкновения с трудностями, демонстрировали высокую скорость ориентировки и адаптации, целесообразность и успешность выполняемых действий. Анализ внутриспсихических конфликтов по сумме компенсаций и тревог у пациентов с посттравматической церебрастенией, прошедших курс лечения данными препаратами, свидетельствует о снижении их напряженности у больных. У пациентов, принимавших плацебо, уровень работоспособности, оцениваемый по простой зрительной моторной реакции, не изменялся. Прием актовегина в сочетании с цераксоном увеличивал работоспособность на 211% ($p < 0,05$). Использование метода отыскивания чисел по таблицам Шульте показало, что до начала лечения церебрастенией вследствие перенесенной ЧМТ у больных был снижен объем произвольного внимания, что проявлялось большим количеством времени, затраченном на выполнение задания по каждой таблице. На фоне приема комбинации препаратов затраченное на выполнение задания время достоверно уменьшалось, при приеме больными плацебо динамики затраченного времени не наблюдалось.

В результате курса лечения комбинацией актовегина и цераксона у пациентов улучшилось самочувствие, активность, настроение. Обследуемые отмечали нормализацию сна, улучшение памяти, повышение работоспособности, снижение раздражительности. Наряду с улучшением самооценки состояния, наблюдалось усиление поведенческой активности, изменение характера поведения, купирование неврозоподобных проявлений.

Заключение. Таким образом, курсовое применение сочетания актовегина и цераксона эффективно корригирует проявления посттравматической церебрастенией у больных с отдаленными последствиями ЧМТ, что сопровождается улучшением вегетативного и эмоционального статуса, повышением работоспособности, снижением утомляемости, повышением

внимания. При терапии церебрастенических расстройств у пациентов с отдаленными последствиями травмы мозга целесообразно применение комбинации препаратов «Актовегин» и «Цераксон» продолжительностью не менее 15 дней.

Список литературы

1. Евсева М. А., Евсеев А. В., Правдивцев В. А., Шабанов П. Д. Механизмы развития острой гипоксии и пути ее фармакологической коррекции // *Обзоры по клин. фармакол. и лек. терапии.* – 2008. – Т. 6, №1. – С. 2-24.
2. Зарубина, И. В., Нурманбетова Ф. Н., Шабанов П. Д. Антигипоксанты при черепно-мозговой травме. – СПб.: Элбиспб, 2006. – 208 с.
3. Шабанов, П. Д., Зарубина И. В., Нурманбетова Ф. Н. Лечение посттравматической церебрастении антигипоксантами // *Вестник Рос. воен.-мед. академии.* – 2005. – № 2 (14). – С. 38-41.
4. Шабанов, П. Д. Психофармакология. – СПб.: Элби-СПб., 2008. – 416 с.

НОВАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Бабин С. М.¹, Корюкин А. М.², Пустотин Ю. Л.³

¹ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова», Россия

²Автономная некоммерческая организация «ПроПси»,
Ставрополь, Россия

³ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница №2», Россия

В современной российской психиатрии с каждым годом возрастает интерес к различным формам и методам психосоциальной терапии и реабилитации. Эта тема постоянно звучит на

научных конференциях, находит отражение в многочисленных журнальных публикациях, монографических работах, посвященные как зарубежному, так и отечественному опыту в этой области [1, 2], а такой показатель как доля пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, входит в целевые индикаторы и показатели подпрограммы «Психические расстройства (2007-2012 годы)», утвержденной правительством РФ.

Однако, несмотря на все эти позитивные моменты, целый ряд проблем еще требует своего решения. Так, до настоящего времени отсутствует профессиональный консенсус о месте и роли психосоциальной реабилитации в психиатрии; нет четкой регламентации ее форм; слабо разработаны программы последипломной подготовки специалистов; фактически не учитывается мнение пациентов и членов их семей. Соответственно особенности внедрения психосоциальной работы определяются скорее частной инициативой отдельных профессионалов, а не целостным подходом к оказанию помощи [3]. Кроме того, если говорить в целом о методах психологического воздействия в клинике большой психиатрии, то преимущественно развиваются скорее многочисленные психосоциальные вмешательства, а психотерапевтические подходы являются уделом лишь отдельных учреждений и/или структурных подразделений.

На этом фоне в психиатрическом сообществе существует большая потребность не только в теоретическом обсуждении, но и в знакомстве с реальным опытом работы лечебных учреждений. В 2011 г. при Российском обществе психиатров было создано Всероссийское объединение центров психосоциальной реабилитации. К настоящему времени проведены четыре конференции объединения – в Подмоскowie, Оренбурге, Омске и Ставрополе. Выбор городов определялся запросами самих участников объединения и отражал реальный уровень развития существующих реабилитационных моделей психиатрических служб регионов [3, 4].

Параллельно развивается интерес к имеющемуся зарубежному опыту в области психотерапии и реабилитации в психиатрии. На протяжении целого ряда лет отдельные российские специалисты сотрудничали с Международным обществом психологических и социальных подходов к психозам (ISPS), организацией, существующей с 50-х годов, среди основателей которой были такие известные психиатры, пионеры психотерапии шизофрении, как Кристиан Мюллер и Гаэтано Бенедетти. В настоящее время ISPS объединяет специалистов 5 континентов, а активность этого объединения значительно возросла за последние десятилетия.

Первые контакты с ISPS представителей нашей группы состоялись в 2000 году. Тогда 5 специалистов из Ставрополя и Санкт-Петербурга приняли участие в конгрессе ISPS в Ставангере по приглашению Свейна Хаутгерда. В последующие годы при поддержке информационного психиатрического фонда «ПсихОпп» развернулось плодотворное Российско-Норвежское сотрудничество в области современной психиатрии. Герд-Рагна Блох Торсен, Ян Олав Йоханнесен, Ян-Эрик Нильсен, Анна-Лиза Оксневат и многие другие приезжали в Ставрополь для передачи опыта и знаний. Ставропольские специалисты ежегодно ездят в Ставангер на Дни шизофрении. Результатом данного сотрудничества стало учреждение Ставропольского общества психотерапии психозов, учреждение информационного агентства сервиса психического здоровья «ПроПси», организация ежегодной конференции «Общество и психическое здоровье». На этих конференциях с представителями ISPS познакомились и профессионалы из Оренбурга (Антохин Е. Ю., Горбунова М. В., Крюкова Е. М., Чабанов А. О.), силами которых в июле 2006 г. создана аналогичная «ПроПси» (г. Ставрополь) организация АНО «ОренПроПси». Российские специалисты участвовали со своими сообщениями в конгрессах ISPS в Мельбурне и в Мадриде, участвовали в конференциях ISPS Норвегии.

В 2008 году агентство «ПроПси» издало первую книгу из ISPS серии на русском языке [5]. «Модели безумия» стали очень популярны в русскоязычном профессиональном мире. Были организованы презентационные мероприятия одного из редакторов и авторов книги Джона Рида в Москве, Санкт-Петербурге, Туле. В нынешнем году готовится к выходу очередная книга серии на русском языке.

Интерес к психологическим и социальным подходам к психозам развивается во многих городах русскоязычного мира. Общий интерес к развитию профессионального взаимодействия и продвижению этих подходов послужил толчком к идее создания русскоязычного отделения ISPS. В январе 2013 г. в рамках ежегодного фестиваля психотерапии и практической психологии «Святочные встречи» в Сочи при участии председателя ISPS Брайана Мартиндэйла была учреждена Русскоязычная группа ISPS (<http://vk.com/ispsru>). В группу вошли специалисты из Минска (Беларусь), Москвы, Санкт-Петербурга, Ставрополя, Обнинска, Оренбурга (Россия). Они представляют различные сферы сервиса психического здоровья: специалисты стационарной и амбулаторной психиатрической службы, сотрудники специализированных психологических центров, частные психотерапевты, преподаватели, научные сотрудники. Члены Русскоязычной группы ISPS имеют богатый психотерапевтический опыт, известны как организаторы сервиса психического здоровья, их публикации и выступления востребованы в профессиональной среде.

Русскоязычную группу ISPS возглавил Сергей Бабин (Санкт-Петербург – Оренбург) – врач-психотерапевт, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психотерапии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации.

Мы надеемся, что оренбургские специалисты, начавшие одними из первых в России реально развивать психотерапевтические программы в комплексном лечении психотических

расстройств войдут в новое профессиональное объединение и будут активно участвовать в совместной деятельности. Мы будем благодарны всем заинтересованным лицам за предложения по организации работы группы и надеемся на активное сотрудничество.

Список литературы

1. Гурович, И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуцлер, Я. А. Сторожакова. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 492 с.

2. Бабин, С. М. Психотерапия психозов: практическое руководство. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 335 с.

3. Бабин, С. М., Лиманкин О. В. Всероссийское объединение центров психосоциальной реабилитации – новое направление в деятельности Российского общества психиатров // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье как основа национальной безопасности России». – Казань, 13-15 сентября 2012 г. – СПб.: 2012. – С. 7.

4. Бабин, С. М., Зубков Р. С., Васильева А. В., Шлафер А. М. Всероссийское объединение центров Психосоциальной Реабилитации – итоги первого года работы [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 2. – URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

5. Рид, Дж. Модели безумия: психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении / Дж. Рид, Л. Р. Мошер, Р. П. Бенталл [пер. с англ.]. – Ставрополь, 2008. – 411 с.

РАБОТА С ДЕТЬМИ, ОСТАВШИМИСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ (СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

Белова О. С., Васильева Е. Н.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1», Россия

При работе с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей, в детском отделении возникают определенные трудности. Надо отметить, что из года в год такая категория пациентов, поступающих в наш стационар, растет. Если в 2009-2010 гг. доля этих детей составляла 5-7%, то по данным 2011 г. – 13,6%. Больше всего детей поступает из коррекционных (специализированных) школ-интернатов (55%), на втором месте находятся детские дома (около 40%). С 2010-2011 гг. в отделение стали поступать дети из приютов, реабилитационных центров. Количество таких пациентов колеблется от 6% до 8%.

В соответствии с МКБ-10 у 55% детей диагностируется умственная отсталость; легкие когнитивные и органические астенические расстройства – у 20%, на остальные 25% приходятся дети с различными расстройствами поведения, неврозоподобной симптоматикой, социально педагогической запущенностью.

Цели, которые ставятся перед врачом, при поступлении этих больных, различные. Во-первых, это, конечно, проведение всестороннего обследования и установление диагноза, затем решение о дальнейшем «маршруте» обучения, о необходимости оформления пенсионного пособия. Во-вторых, это проведение лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием не только медикаментозной терапии, но и психотерапии, психообразовательных методик. Лечение ставит перед собой цель скорректировать поведенческие нарушения, терапию различных неврозоподобных состояний и других сопутствующих симптомов, что в итоге должно привести к улучшению качества жизни пациентов. Поступившим детям в 70-80% случаев необходимо комплексное лечение с использованием ресурсов поли-

профессиональной бригады. Проводятся психотерапевтические занятия, разработаны образовательные тематические курсы.

Трудности, с которыми сталкиваются врачи отделения, различны. Конечно, это скудность, а иногда отсутствие анамнестических сведений. Нами выявлена недостаточная преемственность между учреждениями различных подчинений (социальная защита, министерство образования, здравоохранения), в которых живут, учатся, проходят лечение и реабилитацию эти дети. При переводе из одного учреждения в другое в некоторых случаях могут отсутствовать уже имеющиеся эпикризы с рекомендациями стационара о виде обучения, необходимости поддерживающего и курсового лечения, об оформлении пенсионного пособия. Другие проблемы связаны с детьми, находящимися в приютах, в отношении родителей которых еще не решены вопросы о лишении или ограничении в родительских правах, отсутствуют законные представители. В таких случаях необходимо иметь согласие органов опеки и попечительства на помещение в стационар и контроль над выпиской. Соблюдая «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», мы не можем держать пациентов в отделении дольше срока, необходимого для обследования, лечения и реабилитации. Поэтому врачам приходится держать постоянную связь с директорами, социальными работниками учреждений, откуда поступают дети.

В 2010-2011 гг. коррекционные школы-интернаты были проверены прокуратурой области, которая вынесла решение о необходимости социальной поддержки детей, находящихся в данных учреждениях. Тут же возникла дилемма: с одной стороны, требование МСЭ – всех первичных детей обследовать через стационар, с другой стороны – обслужить такую массу детей-сирот силами одного отделения в области невозможно. В связи с этим нами достигнута договоренность с комиссией МСЭ о возможности направления детей на МСЭ врачами районов, и только в сложных диагностических случаях

обследование этих детей в стационаре с вынесением экспертного решения. С 2010 года силами нашего отделения было оформлено около 50 пособий детям-сиротам, что составляет от 9 до 12% от общего числа оформленных пособий детям.

Есть и положительные стороны такого тесного сотрудничества с детскими домами и интернатами. При обследовании детей из коррекционных школ в 3-5% случаев был снят диагноз умственной отсталости, с которым эти дети наблюдались не один год. Таким детям, в возрасте до 10 лет, были даны рекомендации о переводе из вспомогательных школ на адаптивную программу обучения. Другое дело дети старшего возраста, когда диагноз умственной отсталости не подтверждается при стационарном обследовании и снимается. В этих случаях перевод из вспомогательной школы в общеобразовательную уже нецелесообразен. Решая эту проблему, нами был сделан вывод и даны рекомендации для школ-интернатов в обязательном порядке в конце каждого учебного года учеников 1-4-х классов направлять с достоверными характеристиками на ПМПК, для своевременного выявления детей с социально-педагогической запущенностью и перевода их на соответствующее обучение.

С 2010 года, учитывая ситуацию с суицидами среди детей и подростков, большое внимание уделяется профилактике данных нарушений и среди детей-сирот. За два с половиной года из домов-интернатов и детских домов поступило 15 человек с аутоагрессивными действиями. По способу действия на первом месте стоит умышленное самоповреждение режущими предметами. Анализируя суицидальные попытки, можно сказать, что в 90% случаев эти действия не носили истинный суицидальный характер, совершались детьми спонтанно, на фоне различных психотравмирующих ситуаций и носили цель добиться разрешения своих проблем. Ни одному из этих больных не был выставлен диагноз психоза – шизофрении или биполярного расстройства. Но это ни в коей мере не означает, что можно относиться к этим действиям спокойно, не при-

нимаемая никаких мер. В отделении у таких пациентов проводится диагностика суицидального риска, занятия с психотерапевтом и психологом по антисуицидальной интервенции, психообразовательные беседы. Детей с повторно совершенными суицидальными действиями за эти годы в отделении не было.

Анализируя все вышесказанное, можно сделать выводы, что работа с детьми сиротами связана со значительными организационными трудностями, увеличивая нагрузку на врача отделения, но в то же время при разумном подходе со стороны врачей районов, работников учреждений образования приносит положительные моменты в оказании помощи детям с целью улучшения их дальнейшей социализации в обществе.

РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ – ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Белова О. С., Васильева Е. Н.

*ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая
больница № 1», Россия*

В последнее десятилетие в обществе активно обсуждается проблема детей с аутизмом. В связи с разнообразием симптомов и синдромов данного расстройства, неуточненной полимерной этиологией, социальной значимостью данного заболевания, возможной ранней инвалидизацией вопрос диагностики, лечения и особенно реабилитации таких детей стоит наиболее остро. В разных странах распространенность аутизма у детей колеблется от 4 до 26 случаев на 10000 детского населения [1]. На практике нашего отделения мы можем констатировать увеличение числа больных с данной нозологией за последние 5-6 лет. Так, если, в 2009 году таких пациентов было около 2% (8 человек) от пролеченных и выписанных из отделения, то в последующие годы этот показатель колебался от 4 до 7% (15-20 больных). За первые три

месяца 2013 г. в отделении получили лечение 7 человек, страдающих аутизмом. И это при том, что дети младше трех лет в отделение не направляются.

Увеличение числа учтенных больных можно объяснить более дифференцированным подходом к диагностике. Так, раньше выделяли только два вида раннего детского аутизма это синдром Каннера (ядерный, классический аутизм) и более благоприятно протекающий синдром Аспергера. Диагноз аутизма выставлялся во многих случаях синдромально, в рамках основного заболевания, и в более старшем возрасте диагностировался, как шизофрения с началом в детском возрасте. В новой классификации данные расстройства отнесены к группе «Общих расстройств психологического (психического) развития» (F 84). МКБ-10 дополнено такими формами аутизма, как атипичный аутизм, синдром Ретта, другие дезинтегративные расстройства детского возраста. Изменились критерии диагностики. Так, если раньше к 10-12 годам психиатры должны были решать вопрос о пересмотре диагноза раннего детского аутизма, то теперь синдром аутизма можно диагностировать в любой возрастной группе.

Распределение по полу детей с аутизмом (мальчиков и девочек) соответствует показателю 3:1. Анализируя данные нашего отделения, мы можем подтвердить эти цифры. Из 15 больных, пролеченных в 2012 г., было 10 мальчиков.

В нашей статье мы не будем останавливаться на клинических проявлениях раннего детского аутизма, т. к. они наиболее полно описаны в монографиях В. М. Башиной, Г. В. Козловской и других авторов. Наша цель более подробно остановиться на вопросах лечения и реабилитации данных пациентов, т. к. эта проблема остается краеугольной, учитывая, что при отсутствии лечебно-коррекционной работы более чем в 70% случаев наблюдается глубокая инвалидность.

В отделении разработана система помощи детям с расстройством аутистического спектра. Она включает в себя не

только психофармакотерапию, но и психотерапевтические методики, тренинги бытовых навыков, психообразовательные занятия с родственниками.

Фармакотерапия направлена на купирование, нередко встречающихся продуктивных расстройств (страхи, явные кататонические состояния), а также для нивелировки негативных симптомов. Таким препаратом, разрешенным к применению в детской практике уже у 5-6 летних детей, является рисперидон, который мы применяли в 100% случаев. Назначали его в зависимости от возраста, в дозе от 0,25 мг/сутки у пациентов с массой тела менее 20 кг и 0,5 мг/сутки для больных с весом 20 кг и более. На 4-й день приема доза увеличивалась на 0,25-0,5 мг. Максимальная суточная доза в нашей практике не превышала 1,0 мг для детей с весом менее 20 кг и 1,5 мг/сутки для больных с весом 20 кг и более. Для достижения желаемого эффекта этих доз оказалось достаточно. По наблюдению нашего отделения препарат переносится хорошо. В 89% случаях у детей улучшились коммуникативные функции, целенаправленные формы поведения, сформировались более адекватные эмоциональные реакции на внешние раздражители. Но лечение назначалось в комплексе с ноотропами, сосудистыми средствами. В последние 3-4 года нами активно используется препарат кортексин, представляющий собой комплекс сбалансированных нейропептидов, витаминов, микроэлементов. Указанный препарат купирует симптомы когнитивных нарушений, тем самым смягчая проявления аутизма [2].

В отделении ведется также психотерапевтическая работа, целью которой является разрушить аутистический барьер. Фактически при аутизме проводится поведенческая терапия, которая призвана повысить способность ребенка к взаимодействию с окружающим миром, помогает ему приобрести необходимые навыки адаптивного поведения, самостоятельности [3]. Психотерапевтом широко применяются методики

коммуникативного тренинга, игровой терапии, арт-терапии, сказкотерапии. Дети с аутизмом включаются в групповые занятия. Психолог занимается с детьми индивидуально.

Неразрывно с семейной терапией осуществляется психобразование родителей пациентов больных аутизмом. В доступной форме родственникам объясняются причины, клиническая картина, принципы лечения таких больных. Рассказывается также о правилах поведения с такими детьми, о методах социализации.

С детьми работают также логопед-дефектолог, педагоги, медицинские сестры. Силами персонала проводятся тренинги развития и закрепления бытовых навыков, правила поведения в социуме.

Специалистами нашего отделения разработано специальное пособие, где описываются ключевые моменты данного заболевания, даются адреса реабилитационных центров, куда могут обратиться родные после выписки из стационара. Более десяти лет отделение сотрудничает с негосударственным центром «Прикосновение», в котором занимаются детьми с аутизмом с 6 месяцев до 18 лет.

Таким образом, работа с детьми, страдающими аутизмом, должна вестись в комплексе, по принципу биопсихосоциальной модели, что мы и пытаемся внедрить в нашем отделении.

Список литературы

1. Башина, В. М. Аутизм в детстве. – М., Медицина, 2009.
2. Забозлаева, И. В., Малинина Е. В., Пилявская О. И., Супрун С. А. Опыт лечения детей с аутизмом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии – 2011. – № 2.
3. Каган, В. Е. Психотерапия аутизма у детей. – М., 1983.

РАБОТНИКИ СМП В УСЛОВИЯХ РИСКА

Бобкова Е. Н., Ивашиненко Д. М.

ГОУ ВПО «Тульский государственный университет», Россия

В Российской Федерации создана и функционирует система оказания скорой медицинской помощи СМП с развитой инфраструктурой. Основными задачами службы скорой медицинской помощи на современном этапе являются: оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма; доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Ежегодно за скорой медицинской помощью обращается каждый третий житель страны.

Оказание неотложной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях в полном объеме и в кратчайшие сроки является зачастую решающим фактором для спасения жизни людей и обуславливает необходимость постоянной мобильной готовности всей службы. Необходимо подчеркнуть, что профессия медицинского работника «Скорой помощи» обладает огромной социальной направленностью, так как на него ложится большая ответственность за здоровье пациентов в самых критических ситуациях. В связи с этим все возрастающие требования выдвигаются со стороны общества не только к качеству оказываемой им медицинской помощи, но и к личности, здоровью медицинского работника «Скорой медицинской помощи».

Цель исследования – оценить составляющую медико-социальной характеристики здоровья работников «Скорой медицинской помощи».

Методика исследования. Временные рамки охватывают последний квартал 2012 года. Исследование проходило на базе многопрофильного медицинского центра «Консультант», где проводился медицинский осмотр, в том числе и врачами-психиатрами.

Объектом исследования стали работники «Скорой медицинской помощи» города Тулы. Типичная выборка составила 291 человек.

Для оценки особенности поведенческих реакций человека в ситуациях, сопряженных с неопределенностью и опасностью для жизни, использовалась методика диагностики степени готовности к риску А. М. Шуберта. Результат анкетирования определялся согласно набранным баллам, на основании которых выносятся заключение о склонности человека к рискованному поведению. Также был предложен опросник Хека – Хесса. Методика дает предварительную и обобщенную информацию о наличии у индивида предпосылок к неврозу. Возрастные и половые критерии совокупности были собраны из стандартных учетных карточек. Данные были сгруппированы и проанализированы с помощью статистической программы SPSS Statistics 17.0.

Разработка данных. Для наглядности (вычисления распределения переменной) применимы описательные статистики для каждого критерия выборочной совокупности.

Половой признак респондентов по частоте распределился на 187 женских и 104 мужских; по процентному соотношению – 64,3% и 35,7% соответственно.

Среднее значение возраста исследуемых – 40,53. Наиболее часто встречающийся возраст – 28 лет. Самому молодому респонденту – 22 года, самому пожилому – 72.

Для удобства обработки и наглядности, за основу были взяты три периода из возрастной периодики. Распределение данных: зрелый возраст (1-й период) – от 22 до 35 лет – 132 человека, зрелый возраст (2-й период) – от 36 до 60 лет – 138 и преклонный возраст – от 61 до 74 лет – 21 респондент. По частоте показатель распределился на 45,4; 47,4 и 7,2 процента соответственно. Меньшую часть выборки составили респонденты преклонного возраста, а другие периоды встречаются с одинаковой частотой.

Результат по сводной таблице: пол/возрастная, периодика: меньшую часть совокупности составляют работники преклонного возраста обоих полов в равной степени.

Диагностики степени готовности к риску А. М. Шуберта. Методика позволяет оценить особенности поведенческих реакций человека в ситуациях, сопряжённых с неопределённостью для жизни, требующих нарушения установленных норм, правил. Рекомендуются при подборе лиц, пригодных для работы в условиях, связанных с риском. После ответа на вопросы была подсчитана общая сумма баллов в соответствии с инструкцией. Меньше -30 баллов: слишком осторожны; от -10 до +10 баллов: средние значения; свыше +20 баллов: склонны к риску. Среднее значение показателя методики – 17,27. Наиболее часто встречающийся результат – 26. Самое меньшее значение – 50, самое высшее – 22. Из всей выборочной совокупности (291 человек) слишком осторожными оказались 210 человек, а склонны к риску всего 12. Риск понимается как действие наудачу в надежде на счастливый исход или как возможная опасность, как действие, совершаемое в условиях неопределенности. Высокая готовность к риску сопровождается низкой мотивацией к избеганию неудач (защитой). Среднее значение определилось у 69 респондентов. Делаем вывод, что весомое большинство работников скорой помощи работает по «стандартам».

Опросник Хека – Хесса. Методика дает лишь предварительную и обобщенную информацию. Окончательные выводы можно делать лишь после подробного изучения личности. В процессе обработки подсчитывались утвердительные ответы и делали вывод. Интерпретация: 0-23 балла – низкая невротизация; свидетельствует об эмоциональной устойчивости, о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм), об инициативности, о чувстве собственного достоинства, независимости, социальной смелости, о легкости в общении. 24 и более баллов – высокая вероятность невроза (невротизации) и свидетельствует о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство,

раздражительность, растерянность), что приводит к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках, о трудностях в общении, о социальной робости и зависимости. Среднее значение показателя методики – 6,54. Наиболее часто встречающийся результат – 1. Самое меньшее значение – 0, самое высокое – 29. Из 291 респондента с низкой невротизацией – 290, и лишь у 1 испытуемого в итоге – высокая вероятность невроза. Работа с этой диагностикой не дала ожидаемых результатов.

Затем выявим зависимость между количественной переменной «диагностика по Шуберту» и номинативной переменной «пол». Результаты дисперсионного анализа. $Sig=0,0001$, следовательно, наблюдается высокая статистическая значимость различий. Делаем вывод, что есть связь между полом респондента и результатом методики, что подтверждается низким коэффициентом Эта. У женщин готовность к риску реализуется при более определенных условиях, чем у мужчин.

Далее вычислим, есть ли зависимость между исследуемыми статистическими критериями, с помощью корреляционного анализа (для количественных переменных). Коэффициент Пирсона составил 0,127 с p -уровнем менее 0,03, что означает, что между переменными «возраст респондента» и «показатель TAS» имеется линейная положительная функциональная связь, выявлена статистическая достоверность корреляции. Делаем вывод, что при увеличении возраста респондентов результат методики имеет тенденции к возрастанию. Коэффициенты корреляции Кендала и Спирмана, которые составили 0,138 и 0,168 соответственно, подтвердили данный вывод. Корреляция статистически достоверна, значимость составила менее 0,004.

Выводы. Весомое большинство работников скорой помощи работают по «стандартам» и не склонны к риску. Опросник Хека – Хесса не дал ожидаемых результатов. По диагностике степени готовности к риску А. М. Шуберта у женщин

готовность к риску реализуется при более определенных условиях, чем у мужчин; при увеличении возраста респондентов результат методики имеет тенденции к возрастанию.

Список литературы

1. Бойко, В. В. *Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других* – М.: Информационно-издательский дом «Филинъ», 1996. – 472 с.
2. Ермолаев, О. Ю. *Математическая статистика для психологов: учебник [Текст.] / О. Ю. Ермолаев.* – 3-е изд. испр. – М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2004. – 336 с.
3. Ершова, Е. В. *Автореферат диссертации на соискание ученой степени к. м. н. Медико-социальная характеристика здоровья медицинских работников службы скорой медицинской помощи и пути их профессиональной реабилитации* – Екатеринбург, 2012.
4. *Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса / Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие.* – Ред. и сост. Райгородский Д. Я. – Самара, 2001. – С. 169-171.
5. Наследов, А. Д. *SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках [Текст.] / А. Д. Наследов.* – СПб.: Питер, 2005. – 416 с.
6. *Методика диагностики степени готовности к риску А. М. Шуберта.* – Режим доступа: <http://psycabi.net/testy/273/> (по состоянию на 28.03.13).
7. *Скорая медицинская помощь.* – Режим доступа: <http://rus03.ru/structure/tasks/> (по состоянию на 28.03.13).

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНЕВОЗРАСТНЫМ ДЕБЮТОМ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Бомов П. О.¹, Веретенцева Т. В.²,

Смирнова С. А.³, Городошникова И. В.³

¹ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная
медицинская академия» Минздрава РФ, Россия

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница № 1», Россия

³ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница № 2», Россия

В общей популяции отмечается стремительный рост депрессивных расстройств. В связи с общемировой тенденцией к постарению населения возникла необходимость изучения позднего возрастного аспекта депрессивной патологии (дебют после 45 лет), представляющей одно из ведущих направлений исследований в современной психиатрии.

Цель исследования: выявить клиничко-социальные аспекты у больных с депрессивными расстройствами различной нозологической принадлежности, которые впервые возникли в позднем возрасте (после 45 лет).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 18 пациентов в возрасте от 45 до 56 лет с дебютом депрессивного синдрома в возрасте от 45 до 53 лет. Из них женщин было 78%, мужчин – 22%. Длительность заболевания у больных была от 5 до 20 лет. Все пациенты обследовались дважды: при поступлении и после купирования основных психопатологических расстройств. Для обследования больных использовали клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, клиничко-социальный методы, а также шкалу Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, 1960) для оценки депрессии.

Анализ результатов проведенного нами исследования показал значительное преобладание пациентов женского пола

над мужским. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений. Только лишь у 3 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. Подавляющее большинство больных (87%) имели на момент обследования 2-ю группу инвалидности, 56% пациентов, находясь в официально зарегистрированном браке, проживали одни.

Указанные клиничко-социальные особенности пациентов с позднеговозрастными депрессиями помогут, на наш взгляд, более квалифицированно осуществлять как психофармакологические, так и психосоциальные вмешательства, что приведет к сокращению срока пребывания больных в стационаре и будет способствовать процессам ресоциализации и реадaptации.

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ СОЗДАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ В ЛЕЧЕБНОМ (ПСИХИАТРИЧЕСКОМ) УЧРЕЖДЕНИИ

Будза В. Г., Антохин Е. Ю.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Россия

Взаимоотношения врача и больного канонизированы со времен первых врачебных манипуляций древности (Гиппократ, Галена, Парацельса и др.) через принципы врачебной этики и деонтологии. Эти принципы относятся в такой же мере ко всему медицинскому персоналу, их поведению с больными между собой, а также регулирующие и взаимоотношения всего медицинского персонала. Залогом успешной терапии, по мнению подавляющего большинства авторов [3, 4] является создание терапевтического альянса, неотъемлемую часть которого составляет так называемая психотерапевтическая среда медицинского учреждения/подразделения.

В широком смысле слова такая среда предполагает создание наиболее благоприятных условий не только в лечебном воздействии на пациента, но и для плодотворной и творческой работы врача. Эти два обстоятельства тесно связаны между собой, поэтому, обустривая первое и требуя неукоснительного его выполнения, недостаточно уделяется внимания второму – созданию наиболее благоприятных условий для плодотворной и творческой работы врача. Во все времена (эпохи, исторические периоды) продуктивная медицинская деятельность была связана с самопожертвованием: чего стоит только «отсасывание» дифтерийных пленок с верхних дыхательных путей больных этой, когда-то смертельной инфекции, не говоря уже о целенаправленных экспериментах над собой части ученых (Л. Пастер, Р. Кох и др.). Самопожертвование наблюдается и в настоящее время – оно проявляется в самоотверженной работе медперсонала, ученых при крайне низкой заработной плате, а отсюда и низкой составляющей их жизни.

Доверительные взаимоотношения между врачом и больным, взаимопонимание, степень принятия больным терапевтических задач врача, которые должны совпадать с лечебными ожиданиями больного, возможны только с определённым позитивным отношением врача и остального медперсонала к конкретным условиям их работы, удовлетворённостью «отдачи» от трудовых затрат, являющейся одной из основных составляющих личностной «самодостаточности» субъекта. Если перевести это понятие («самодостаточность») на категорию психологии личности – это формирование «смыслообразующего» мотива, определяющего степень активности медперсонала в лечебной деятельности, в том числе и создание позитивно влияющих на лечебный процесс условий пребывания больного в медучреждении (формирование психотерапевтической среды).

Эти обстоятельства подчёркивают огромное значение свойств личности медработника (особенно врача, медсестры), которая как буферная система должна противодействовать и

нейтрализовать те отрицательные явления, способствующие установлению неблагоприятного для лечебного процесса взаимодействия между врачом, медсестрой и больным в современном понимании нонкомплаенса. В связи с этим критическое отношение медперсонала к своему собственному поведению, контроль над эмоциональными реакциями, этическое и эстетическое самосовершенствование с укреплением (самовоспитанием) положительных личностных качеств, располагающих к доверию больных, является неотъемлемой частью одного из условий комплаентных отношений. Еще З. Фрейдом в его концепции «трансфера» («переноса») и «контртрансфера» («контрпереноса») были заложены основы подобного формирования комплаентных отношений. Несмотря на то, что такое понимание основ взаимоотношения (комплаенса и нонкомплаенса) в настоящее время представляется слишком узким и несколько искусственным, в нем есть и определенная рациональность, указывающая на возможность того, что больному некоторые элементы поведения, внешнего вида или репутации могут напомнить что-то положительное или отрицательное из его прошлой жизни и, в первую очередь опыт взаимодействия с теми лицами, которые имели для него большое эмоциональное значение. Понимание врачом этого «груза прошлого» поможет более реально понять и справиться с ситуационно-обусловленным отрицательным влиянием и поддержать положительное его воздействие.

Личность каждого человека обладает значительными резервами (ресурсами) для самосовершенствования, самовоспитания. Серьезные проблемы для реализации этих возможностей могут возникать при «эмоциональном сгорании», которое представляет собой «сложный психофизиологический феномен», определяемый как эмоциональное, умственное и физическое истощение «...из-за продолжительной эмоциональной нагрузки» [4]. Это явление неизбежно приводит к снижению продуктивности в работе профессионалов, вплоть до полной их профнепригодности из-за развития бессонницы,

раздражительности, сниженного настроения, высокой утомляемости с чувством безнадежности и отсюда негативного отношения к пациентам и самой работе.

В этом отношении показательны наши исследования, посвященные особенностям жизненного стиля и мотивации труда медсестер психиатрической клиники, результаты которых можно экстраполировать и на врачебный коллектив [1, 2, 6]. Они показали выраженную прямую зависимость между стажем работы и преобладанием в системе защитно-приспособительного поведения такой психологической защиты (бессознательного акта), как «реактивное образование». Этот защитный механизм подкрепляется стремлением к получению достойного заработка. Таким образом, по мере увеличения стажа работы в психиатрическом стационаре возрастает значимость возможных для медработника финансовых и иных поощрений со стороны государства. Обнаружено также нарастание степени напряжения защит в случае преобладания в мотивации профессиональной деятельности фактора отрицательного подкрепления. Выявлено достоверное снижение адаптивных копинг-стратегий (сознательные стратегии совладания со стрессом), таких как «стремление к сотрудничеству», «сохранение самообладания», «способность придавать смысл возникающим фрустрирующим ситуациям».

Полученные данные указывают на снижение адаптивного потенциала (в данной работе среднего медперсонала, которые, как мы уже упоминали, правомерно экстраполировать и на врачебный коллектив) медработников психиатрического стационара и служат показателем степени эмоционального выгорания. Следовательно, выявленное снижение адаптивных ресурсов личности отражает сложность мотивационной деятельности в данной профессии, связанную с низкой материальной составляющей, и необходимость замещения ее другими видами мотивации, способствующими профилактике эмоционального сгорания: улучшение условий труда, включающих возможность психологического сопровождения, раз-

витие законодательно закрепленных льгот для работников с психически больными, фактически ликвидированных различными приказами Минсоцздрава в 2007-2010 гг. [1, 5].

Указанные обстоятельства с высоким риском развития синдрома выгорания у медперсонала ставит под сомнение успешность новых организационных форм оптимизации психиатрической помощи или, по крайней мере, создание необходимой психотерапевтической среды при их функционировании.

Список литературы

1. Антохин, Е. Ю., Антохина Л. А., Юматова О. С. Особенности жизненного стиля и мотивы труда медицинских сестёр психиатрической клиники. // Психическое здоровье. – 2012, 1: 59-69.

2. Антохин? Е. Ю., Будза В. Г., Байдавлетова Э. Т. и др. Копинг-поведение у медсестёр психиатрической и соматической клиник. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2010, 39: 7-16.

3. Лутова, Н. Б. Структура комплаенса у больных с эндогенными психическими расстройствами. Автореферат дис. ... д. м. н. – СПб., 2013. – 49 с.

4. Незнанов, Н. Г., Вид В. Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159–162.

5. Хетагурова, А. К., Касимовская Н. А. Социально-демографические и психологические факторы, влияющие на уход из профессии медицинских сестёр на современном этапе // Экономика здравоохранения. – 2007, 2-3: 25-29.

6. Antokhin, E. Yu., Budza V. G., Bomov P. O. et al. Coping behavior in nursing psychiatric and somatic clinics. Traditions and Innovations in Psychiatry: WPA Regional Meeting Materials. – 10-12 june, 2010. – St.-Petersburg, Russia. – St. Pbg.: The V. M. Bekhterev inst., 2010. – P. 275.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГИПОКСЕН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ

Востриков В. В.¹, Шабанов П. Д.², Павленко В. П.³

¹Ленинградский областной наркологический диспансер,
Ленинградская область, Всеволожский район,
д. Новое Девяткино, Россия

²Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова
МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

³Западно-Казахстанский государственный медицинский
университет им. М. Оспанова, Актобе, Казахстан

В открытом двойном слепом плацебо-контролируемом рандомизированном сравнительном клиническом исследовании проводилось изучение эффективности препарата «Гипоксен» в качестве антиастенического средства у 40 пациентов в возрасте от 40 до 43 лет ($41,2 \pm 1,7$) с алкогольной зависимостью в постабстинентном периоде, перенесших синдром отмены алкоголя средней степени тяжести. Верификация алкогольной зависимости основывалась на характерной клинической картине, анамнестических сведениях, психологических тестах (тест мотивации потребления алкоголя, методика Холмса и Раге на определение стрессоустойчивости и социальной адаптации). Психологическое состояние пациентов в динамике оценивали с использованием пакета стандартных психологических тестов: тест Л. И. Вассермана (уровень невротизации), тест Спилберга (уровень тревожности), шкала депрессии Гамильтона (HDRS), самооценки самочувствия по тесту САН (самочувствие, активность, настроение), степени выраженности влечения к алкоголю.

Первичные критерии эффективности «Гипоксена» верифицировались статистически значимым снижением и/или редукцией аффективных расстройств. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента для попарно сопря-

женных вариант. «Гипоксен» вводили внутрь два раза в сутки (утро-день) в дозе 0,25 г, курсом в 14 дней. Частота, дозировка и временные условия введения плацебо (идентичная желатиновая капсула с крахмалом) соблюдались те же, что и в исследуемой группе.

Проведенное исследование показало в целом положительное и эффективное действие гипоксена на динамику изменения психологических показателей у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в постабстинентном периоде. При этом отмечены значимое снижение уровня тревожности, выраженное в 2-4 раза, повышение уровней самочувствия и настроения, выраженное до 41%, снижение влечения к алкоголю.

Снижение выраженности аффективных расстройств, симптомов астении и влечения к алкоголю, значительное улучшение самочувствия и повышение активности позволяют предполагать в дальнейшем положительную динамику этих показателей, что может способствовать формированию у пациентов стойких положительных эмоций. Учитывая полученные результаты, высокую степень переносимости и безопасности препарата, готовность и заинтересованность пациентов принимать его в качестве компонента комбинированной терапии данного заболевания и достаточно быстрое наступление тимолептического и анксиолитического эффектов, препарат гипоксен может иметь высокую перспективу применения в наркологии как компонент комплексной терапевтической программы постабстинентного состояния при синдроме зависимости от алкоголя.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ РОЛЬ ПРОТЕКТОРНЫХ СТРУКТУР ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ II ТИПА

Гайсина Р. И.¹, Харина Е. А.¹, Антохин Е. Ю.¹,

Харин П. В.², Иванова О. С.³

¹ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Россия

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, Россия

³МБУЗ «Центральная районная больница Оренбургского района», Россия

Данные современных исследований свидетельствуют о широкой распространенности биполярного аффективного расстройства (БАР), что можно объяснить выделением в классификации БАР I и II типов. При БАР I типа чередуются эпизоды депрессии и мании. При БАР II типа депрессивные эпизоды чередуются с эпизодом гипомании (повышенное настроение, не достигающее уровня мании) [2]. Увеличение распространенности БАР имеет свои социально-экономические последствия в виде повышения финансовых затрат на здравоохранение, нарушения профессиональной и межличностной адаптации, что обусловлено снижением и/или потерей трудоспособности, нередким антисоциальным поведением, высоким суицидальным риском, в т.ч. частыми парасуицидами [3]. Пациенты и их родственники в подавляющем большинстве случаев акцентируют внимание на проявлениях депрессии, не описывая эпизодов приподнятого настроения, повышенной работоспособности, чрезмерно активной деятельности и раздражительности [4]. Больные длительное время остаются без необходимой адекватной терапии, наблюдаясь многие годы с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) – до 10,7—27,4% [5]. В процессе ошибочного лечения ухудшается прогноз и нередко формируется устойчивость к терапии, ши-

рокое применение антидепрессантов, особенно трициклических, является также и причиной лекарственного патоморфоза данных расстройств, формирования быстроциклической, континуальной форм течения, последняя является особенно резистентной к психофармакотерапии [1].

Психологические патогенетические различия между БАР II типа и РДР практически не изучены. Отдельные дисфункциональные личностные черты, такие как неадаптивные копинг-стратегии, перфекционизм, неконструктивные психологические защиты, могут серьезно повысить риск заболеваемости БАР и РДР и выступать как фактор хронификации расстройства, ухудшать качество рабочего альянса с врачом и психотерапевтом, могут быть причиной преждевременного прерывания лечения.

Цель – определение диагностической и лечебной роли проекторных структур личности (ПСЛ) у больных БАР II типа. В исследовании приняли участие 30 пациентов с диагнозом БАР II, которые составили основную группу (ОГ) и 30 пациентов, страдающих РДР, которые составили группу сравнения (ГС).

Методы: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический (симптоматический опросник SCL-90-R), экспериментально-психологический с диагностикой механизмов психологической защиты (опросники SBAK, FKBS), копинг-механизмов (опросники E. Heim, SVF), самостигматизации (опросник НЦПЗ), перфекционизма (опросник А. Б. Холмогоровой – Н. Г. Гаранян), статистический (методы описательной статистики, U-критерий Манна – Уитни, r-критерий Спирмена).

Результаты: исходя из анализа средних значений опросника SCL-90R, было выявлено, что клинические параметры шкал практически одинаково выражены и в группе БАР II типа, и в группе РДР. В двух группах преобладает тревожно-депрессивный синдром, причем с большей выраженностью у больных РДР. Это означает, что группы сопоставимы по интенсивности психопатологического дистресса. Отличительным признаком всех случаев депрессии пациентов ОГ явилась ее атипичность

с отсутствием идеомоторной заторможенности, но с выраженной тревогой в сочетании с повышенной двигательной активностью и обсессивно-фобическими симптомами. Тревожность у этих пациентов сочеталась с дисфорией, что вело к несоблюдению регулярности приема препаратов, нарушению режима отделения, конфликтности с пациентами и персоналом. В ГС описанные явления наблюдались лишь в единичных случаях, а тревожно-тоскливый аффект чаще сопровождался двигательной и когнитивной заторможенностью. У большинства пациентов ОГ наблюдалась сонливость в течение всего дня с трудностями пробуждения и ощущением усталости и разбитости, отсутствием субъективной удовлетворенности сном. У пациентов с РДР одной из основных жалоб явилась бессонница с ранними пробуждениями, беспокойным, поверхностным сном. У половины больных БАР II имели место явления инверсии аффекта в течение дня до нескольких часов с субъективным ощущением «подъема», «избытка энергии», потребностью в общении, со стремлением к активной деятельности, более разнообразному проведению досуга, веселостью. Так, на психотерапевтических беседах такие пациенты то заявляли о беспросветности своего существования, отсутствии перспектив, то в состоянии «подъема» демонстрировали оптимистичные тенденции во взглядах на будущее, охотнее выполняли домашние задания в индивидуальной работе, предлагали помощь в отделении медперсоналу. В отдельных случаях более чем у половины пациентов ОГ наблюдалось повышение аппетита, прибавка веса, с некоторыми отличительными особенностями – излишним потреблением сладкого, особенно шоколада, преимущественно вечером или в ночное время. В ГС преимущественно имело место снижение аппетита и веса.

Изучив структуру ПСЛ у больных БАР II типа и РДР (МПЗ, копинг-стратегии, перфекционизм), нами была выявлена более адаптивная протекторная направленность ПСЛ у больных БАР II типа. В структуре копинг-поведения больных БАР II типа отмечается преобладание адаптивных копингов «проблемный

анализ», «оптимизм», «отвлечение». Уровень «мыслительного застревания», «отчаяния» и «агрессии» (неадаптивные варианты) значительно ниже у больных БАР, чем РДР, а уровень относительно адаптивного варианта копинга «отвлечение от ситуации» в группе БАР выше, чем в группе РДР. Ведущими механизмами психологической защиты (МПЗ) в двух группах являются «рационализация» и «обращение против объекта». В группе больных БАР II типа значения уровня МПЗ по типу «рационализация», «отрицание», «обращение против объекта», «регрессия», «избегание социальных контактов» незначительно ниже, чем в группе больных РДР. Статистически значимых различий по показателям МПЗ не установлено. Это, по-видимому, может свидетельствовать об общности реагирования глубинных (бессознательных) механизмов ПСЛ при маниакально-депрессивном заболевании, независимо от его типа течения.

Факторы перфекционизма «высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных», «селектирование информации о неудачах и ошибках при игнорировании реальных удач и достижений», «поляризованная оценка результата деятельности и ее планирование», «контроль над чувствами» в группе БАР II типа ниже, чем в группе РДР. Общий фактор перфекционизма также ниже в группе БАР II типа, чем в группе РДР.

При сравнении характера и количества взаимосвязей клинических проявлений заболевания с ПСЛ между двумя группами больных БАР II типа и РДР мы выявили, что при БАР II типа компоненты ПСЛ имеют гораздо более сильную взаимосвязь с клиническими проявлениями. Это позволяет предположить, что психокоррекционное воздействие будет более эффективным, если его направить на ПСЛ больных БАР II типа.

Список литературы

1. *Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и лечение / под ред. С. Н. Мосолова. – М.: Медпресс-информ, 2008. – 384 с.*

2. Angst, J., Gamma A., Benazzi F., Ajdacic V., Eich D., Rössler W. *Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: Epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. J Affect Disord.* – 2003. – 73: 133–46.

3. Cavazzoni, P., Grof P., Duffy A. *Bipolar Disorders.* – 2007. – V.9. – P. 377–385.

4. Chang J. S., Ha K. *Management of Bipolar Depression. Indian J Psychol Med.* – 2011. – Jan-Jun; 33(1): 11–17.

5. Merikangas, K. R., Jin R., He J.-P. et al. *Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. Arch.Gen.Psychiatry.* – 2011. – 68(3): 241-51.

СООТНОШЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Дементьева И. А., Соколов Д. А., Гусакова З. С.

ГБУ «Геронтопсихиатрический центр милосердия», Москва, Россия

Актуальность работы обусловлена недостаточной изученностью потребности пациентов геронтопсихиатрического профиля, длительно пребывающих в психоневрологических стационарных учреждениях, в психофармакотерапии и психотерапии. В связи с различными ограничениями жизнедеятельности в позднем возрасте потребности пожилых и старых людей не уменьшаются, а приобретают закономерное своеобразие. Еще специфичнее потребности пожилых людей с психическими расстройствами.

Цель нашего исследования – оценка потребности пожилых человека с психическими расстройствами, проживающего в специализированном учреждении, в психофармакотерапии и психотерапевтической помощи.

Материалы и методы работы: анализ профильного медикаментозного лечения пациентов пожилого возраста с психическими расстройствами, находящихся в Геронтопсихиатрическом центре милосердия (далее – ГЦМ), в том числе препараты симптоматического, дегидратационного, психотропного, противосудорожного, ангиопротекторного и нейрометаболического воздействия, а также неспецифическая, так называемая «общеукрепляющая» терапия. Анализ соотношения психотерапевтической и медикаментозной терапии по результатам 6-месячного пребывания 43 пациентов.

Общеукрепляющая терапия использовалась в комплексе лечения больных шизофренией (31,9%), сосудистой деменцией (21,7%), симптоматическая терапия – также преимущественно при шизофрении (35,1%) и сосудистой деменции (19,8%). Психотропная терапия занимала ведущее место в лечении больных шизофренией (54,6%), противосудорожная – в лечении больных эпилепсией (47,0%). Ангиопротекторная терапия доминировала в лечении больных сосудистой деменцией (31,6%), нейрометаболическая – в лечении больных шизофренией (23,5%) и сосудистой деменцией (20,7%). Психотерапевтические методы использовались у 45% от общего числа обследуемых.

Результаты и обсуждение: пребывание больных пожилого возраста в Геронтопсихиатрическом центре милосердия нередко сопряжено с факторами стрессогенного характера, что в особенности связано со стрессогенным воздействием ситуации, связанной с перемещением (переселением) больных из места привычного проживания. Это негативно влияет на их психологический статус и вызывает потребности в психотерапии, психокоррекции, в рамках психологической помощи. Среди обследованных больных выявлена высокая потребность в медикаментозной коррекции – 72,7%. Она обусловлена наличием симптомов основного заболевания, неадекватного поведения, болезненных реакций на помещение в

стационарное учреждение, трудности адаптации в новых условиях. Потребность в психотерапии отмечена у 12,7% больных.

В различных возрастных категориях больных показатели потребностей в психологической помощи разнятся. Так, самая высокая потребность в психотерапии – 33,3% – выявлена у больных старческого возраста, возможно обусловленная преобладанием тех форм психической патологии, при которой еще возможен ответ на психотерапевтическую помощь. У больных старческого возраста она составила 15,0%, а у пожилых – 10,5%.

Потребность в психокоррекции у больных пожилого возраста была самой высокой – 77,9% – по сравнению с этой потребностью у больных старческого возраста, где она составила 65,5%, а у долгожителей – 50%.

Выявленные возрастные различия в потребностях психологической помощи разных категорий больных (пожилого, старческого возраста и долгожителей) в известной степени отражают нелинейность в степени сохранности личности при различных видах психических расстройств и способности ее ответа на различные по сложности виды психологического воздействия. Психокоррекция как более доступный метод психологической помощи, проводимый всеми участниками процесса социально-психологической адаптации (лечащий врач, психолог, социальный работник, медицинская сестра и т. д.), направлена на формирование или восстановление у человека нужных психологических качеств для повышения его социализации и адаптации. Психотерапия же как лечебный метод требует специальной подготовки врача и предполагает большую сохранность в интеллектуальной и волевой составляющих личности пациента.

Заключение: при рассмотрении соотношения потребностей пожилых людей в различных видах помощи, влияющих на их социальную адаптацию в ГЦМ, в том числе в психофармакотерапии и психотерапии, нами сформулировано несколько обобщающих положений:

– имеется необходимость постоянной или длительной психофармакологической коррекции для пациентов с хроническими психическими расстройствами как фона, на котором возможно проведение иных адаптирующих мероприятий, в т. ч. психокоррекции и психотерапии в условиях ГЦМ;

– синергизм указанных методов воздействия с возможностью минимизации фармакологических воздействий, следовательно, и их побочных эффектов приобретает особое значение у пациентов старших возрастных групп;

– необходим дифференцированный подход к процессу социально-психологической адаптации, с учетом наличия у него личностных ресурсов для адекватного ответа на проводимые психотерапевтические воздействия.

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ПОЖИЛЫМИ ОДИНОКО ПРОЖИВАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ В УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРА

Друзь В. Ф.¹, Олейникова И. Н.², Алимova Л. В.², Блинникова Е. А.¹,
Баширов Р. И.¹, Якушина А. М.¹

¹ ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная
медицинская академия» Минздрава РФ, Россия

² ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница №1», Россия

Программы психокоррекционной работы с пожилыми психически больными в нашей стране предусмотрены для всего позднего возрастного контингента [4]. В них вопросы, связанные с одиночными больными, затрагиваются косвенно. Кроме того, они предполагают психокоррекционное воздействие в больничных условиях, тогда как в настоящее время приоритет отдается амбулаторной психиатрической помощи [2]. В последние годы в отечественной психиатрии появились работы о психо-социальной коррекции патологического состояния одиночества

у пожилых в центре социального обслуживания населения [3]. Однако они касались лиц преклонного возраста, у которых состояние одиночества было единственным психическим расстройством и отсутствовали тяжелые соматические заболевания. Исследования, посвящённые психокоррекционной работе с одинокими пожилыми психически больными в амбулаторных условиях, в нашей стране не проводились. Между тем данный контингент составляет 1/3 всех пациентов позднего возраста, наблюдающихся в диспансере [5], и входит в категорию высоко-го риска в отношении социальной дезадаптации [1].

Цель исследования: разработка программы психокоррекционной работы с диспансерным контингентом одиноко проживающих больных позднего возраста и апробация её в условиях геронтопсихиатрического участка.

Программа включала 2 этапа. Первый – клиничко-социальное обследование одиноких больных геронтопсихиатрического участка для выявления типов одинокого проживания и факторов (демографических, социально-бытовых, социально-психологических, клинических), их обуславливающих. На втором этапе проводилась психокоррекционная работа с учётом полученных данных.

Клиническим и социально-психологическим методами обследованы все одиноко проживающие больные геронтопсихиатрического участка диспансера, обслуживающего Дзержинский район г. Оренбурга, зарегистрированные на определённую календарную дату – 165 человек, 32,5% от общего числа больных, наблюдавшихся на участке (508 чел.). 129 (78,2%) женщин и 36 (21,8%) мужчин в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст – $69 \pm 1,8$ г.). Возраст начала болезни колебался от 16 до 72 лет ($44,7 \pm 2,9$ г.). Длительность заболевания варьировала от 4 до 46 лет ($29 \pm 1,8$ г.), продолжительность одинокого проживания – от 4 до 41 года ($19 \pm 1,6$ г.). Среди нозологических форм преобладала шизофрения – более 1/3 больных (F20 – 36,5%), ¼ часть составили сосудистые заболевания

(F01, F06, F07 – 26,1%), в 2 раза реже наблюдались экзогенно-органические (F06, F07 – 13,9%) и эндогенные аффективные психозы (F31, F33 – 12,7%), значительно реже эпилепсия (G40, F06, F07 – 3,0%), психогении, обусловленные одиночеством (истерическое и депрессивное невротическое развитие личности F44.7, F62.1 и F34.1, F62.1 – 3,6%), эндогенно-органические (атрофические) психозы (F00 – F02 – 3%) и инволюционный параноид (F22.8 – 1,2%). Чаще всего ведущими в клинической картине были параноидные расстройства (24,8%), несколько реже психопатоподобные (16,4%) и психоорганические (15,2%), еще реже и примерно с одинаковой частотой – депрессивные (12,7%) и апато-абулические (12,7%), невротические и неврозоподобные (11,5%), заметно реже – деменция (6,7%).

На первом этапе установлены две группы больных. Первую составили пациенты, отрицательно относящиеся к одинокому проживанию, испытывающие состояние одиночества (105 чел. – 63,6%). Вторую – больные, не испытывающие чувство одиночества, относящиеся к одинокому проживанию индифферентно или положительно (60 чел. – 36,4%). В первой группе были выделены 3 типа одинокого проживания: 1) «страдающий», наиболее распространённый, характеризуется тягостным переживанием одиночества, сопровождающегося выраженными депрессивными расстройствами, несмотря на поддержку родственников и других членов социальной сети (76 чел. – 72,4%); 2) «псевдокомпенсация» – для преодоления одиночества больные используют дезадаптивные способы, приводящие к конфликтам с микросоциальным окружением (21 чел. – 20%); 3) «гармоничный» – переживание одиночества смягчается трезвой оценкой сложившейся ситуации, выбором адекватных стратегий совладания (8 чел. – 7,6%). Во второй группе – 4 типа: 1) «Индифферентный» – характеризуется безразличным отношением больных к одинокому проживанию, при этом существовавшее ранее у некоторых из них отрицательное отношение к одинокому проживанию,

сопровождающееся чувством одиночества, нивелировалось болезнью (7 чел. – 11,7%). 2) «Отшельники» – пациенты с молодости или в результате болезни предпочитали одинокий образ жизни. Попытки вступить в брак были редкими, неудачными и формальными, нередко инспирировались сексуальными партнерами или родственниками (14 чел. – 23,4%). 3) «Нарциссы» – больные нашли удовлетворение, привлекательность в созерцании собственной личности, уединённом образе жизни (19 чел. – 31,7%). 4) «Мизантропы» – стремление больных к изоляции сочетается с неприязненным, враждебным отношением к окружающим, которое усиливается при попытках последних вступить с ними в контакт (20 чел. – 33,3%). Установлены факторы, формирующие каждый тип.

На втором этапе проводилась психокоррекционная работа. При этом использовались разъясняющие, рекомендуемые, обучающие, в общем, психагогические меры. Психокоррекционная работа с больными была направлена на решение следующих задач: профилактика общественно опасных действий; предупреждения возникновения ситуаций, ущемляющих права пациентов; устранение или уменьшение чувства одиночества; организация социальной поддержки больным; вовлечение их в посильную трудовую деятельность или профессиональную занятость; повышение уровня комплаенса; восстановление или улучшение навыков ведения домашнего хозяйства и самообслуживания; нормализация отношений с опекунами и другими членами социальной сети; повышение уровня социальных контактов. При проведении психокоррекционной работы мы руководствовались следующими принципами: понимание особенностей личности пациента, его основных проблем, ценностных ориентаций; предоставление пациенту возможности рассказать о своих проблемах; учёт типов одинокого проживания и факторов, их определяющих; сочетание психокоррекционной работы с лечением и реабилитацией больных. Кроме этого, в работе с больными, испытывающими состояние одиночества, мы опирались

на следующие принципы: установление эмпатического контакта с пациентами; предоставление больному возможности отреагировать в беседах с врачом свои тягостные переживания одиночества; учёт основных способов, с помощью которых пациенты пытаются совладать с одиночеством с целью направленного использования их в процессе психокоррекционной работы.

В результате реализации данной программы социальная адаптация улучшилась у 64,8% больных, что говорит об её достаточной эффективности.

Список литературы

1. Барков, М. Н. Особенности профилактики особо опасных действий одиноких психически больных в позднем возрасте / В сб.: *Актуальные вопросы психиатрии*; под. ред. Г. В. Морозова. – М.: Медицина, 1985. – С. 58-64.

2. Незнанов, Н. Г., Коцюбинский, А. П. Развитие внебольничной психоневрологической помощи в России / В сб.: *Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению*; под ред. Н. Г. Незнанова. – СПб.: СПб. психоневрол. ин-т, 2009. – С. 4-33.

3. Полищук, Ю. И., Голубцова Л. И., Гурвич В. Б. и др. Феномен одиночества и связанные с ним расстройства депрессивного спектра у лиц позднего возраста // *Соц. и клин. психиат.* 2000. – 10(1): 28-32.

4. Тибилова, А. У. Восстановительная терапия психически больных позднего возраста. – Л., Медицина, 1991. – 168 с.

5. Трифонов, Е. Г. Клинико-социальная структура диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1990. – 13 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЭС В ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Ивашиненко Д. М., Бобкова Е. Н.

ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница № 1 им. Н. П. Каменева», Россия

Чувство тревоги знакомо каждому человеку. Она возникает при стрессе, сопровождает трудные жизненные ситуации. Появление тревоги является нормальной реакцией организма человека на неблагоприятные жизненные факторы. Но если тревога становится патологическим состоянием, то она возникает либо без видимой причины, либо при возникновении ее в качестве реакции на какое-то событие она по своей длительности и выраженности намного превосходит реальную значимость события и приводит к снижению качества жизни больного. По данным официальной статистики, тревожными расстройствами той или иной выраженности страдает 30% населения РФ [1].

Говоря о тревоге, нельзя не сказать о депрессии. Это связано с тем, что очень редко тревожные расстройства протекают в чистом виде, то есть изолированно. Точно так же редко бывают изолированными и депрессии. У 70% пациентов тревожное расстройство сопровождается симптомами депрессии, и наоборот. В этом случае речь идет о тревожно-депрессивном расстройстве.

В последние годы в фармакотерапии тревожных расстройств наметилась определенная ниша, заполняемая широким и порой неконтролируемым применением бензодиазепиновых транквилизаторов и препаратов, содержащих барбитураты (корвалол, валокордин и др.). Несомненно, что препараты этих групп обладают быстрым положительным эффектом при тревоге различной интенсивности, однако очевидно, что бензодиазепиновые транквилизаторы противопоказаны для длительного применения, особенно в пожилом возрасте, поскольку вызывают

миорелаксацию, когнитивные нарушения, прежде всего нарушение концентрации внимания и снижение краткосрочной памяти, могут способствовать развитию депрессии [2].

Особая распространенность тревожно-депрессивных расстройств, приводящих к существенному снижению качества жизни и выраженной социально-психологической дезадаптации, а также отсутствие безопасных анксиолитиков для длительной терапии тревоги объясняют чрезвычайную актуальность разработки и широкого внедрения во врачебную практику новых методов не медикаментозного лечения.

Особое место среди них занимает метод транскраниальной электростимуляции эндорфинергических структур (ТЭС) мозга, разработанная в институте физиологии им. И. П. Павлова РАН под руководством В. П. Лебедева.

Выяснение механизмов развития стимуляционной анальгезии привело к обнаружению сначала опиоидных рецепторов, а затем и вырабатываемых собственным организмом эндогенных опиоидных пептидов (молекул белка, имеющих подобие с опиатами), важнейшим из которых является β -эндорфин. К настоящему времени экспериментально и клинически установлено, что кроме мощного обезболивающего эффекта, эндорфины являются стресс-лимитирующими гормонами, регулируют память, поведение и эмоции, ускоряют заживление при любых повреждениях и многое другое [3].

Целью научной работы являлось изучение эффективности и переносимости ТЭС-терапии при лечении тревожно-депрессивных расстройств в психиатрической практике.

Исследование проходило в течение 2012 года. В нем приняло участие 30 пациентов (24 женщины и 6 мужчин), находящихся на стационарном лечении в Тульской областной клинической психиатрической больнице № 1 им. Н. П. Каменева. В процесс включали исследуемых в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст составил $48,22 \pm 2,47$ года) с невротическими, тревожными и стрессовыми расстройствами в соответствии с критериями

МКБ-10. Критериями исключения являлись диагнозы: шизофрения, рекуррентное депрессивное расстройство, эпилепсия, паническое расстройство с частыми приступами, выраженные обсессивно-компульсивные и ипохондрические расстройства, наличие соматических заболеваний в острых стадиях.

Методика ТЭС-терапии осуществлялась с использованием аппарата Трансаир-05 (полипрограммный) с различными видами тока (импульсный монополярный, импульсный биполярный с возможностью включения частотной модуляции, постоянный в сочетании с импульсным монополярным, постоянный). Применялось 4 головных накожных электрода с толстыми прокладками, смоченными теплой водой. Первая пара размещалась в области лба, вторая – в области сосцевидных отростков. Импульсное электрическое воздействие проводилось по разработанной схеме (табл. 1). Курс терапии включал в себя 1 сеанс (20 мин.), а остальные 9 сеансов длительностью 30 минут. 2 пациента выбыло из исследования по причине возникновения побочных эффектов (появление интенсивной головной боли и «разбитости» после сеанса), 1 пациентка из-за заболевания, не связанного с процедурой. Остальные пациенты прошли полный курс лечения.

Таблица 1

Схема ТЭС-терапии, рассчитанная на 10 процедур

№ сеанса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Продолжительность	20 мин.	30 мин.								
ИТ (биполярный)	до 1,0	мах 2,0	мах 2,0	мах 1,5						
ПТ (монополярный)	-	-	-	мах 3,0						
Модуляция	-	-	-	-	-	М	М	М	М	М

Разработка схемы ТЭС-терапии продолжалась в течение 2 первых недель, по результатам тестирования (шкалы Тейлора и Бэка), описания психического статуса и общего состояния пациента до и после 10 процедур. Также изучалась реакция больных на течение самой процедуры, и состояние (как физическое, так и эмоциональное) в короткие по времени периоды после каждого сеанса. Было выявлено, до каких значений импульсного тока (биполярного, монополярного) можно добиться наиболее благоприятного действия, с какой процедуры необходимо подключать модуляцию, для достижения наилучшего результата.

Также был разработан бланк с характеристиками, в который заносились номер процедуры, ее длительность, величина импульсного тока, измерение АД, проба Ромберга, пальце-носовая и результаты тестирования (определение уровня тревожности по Тейлору и степень тяжести депрессии по Бэку) до начала процедур и после окончания курса. Сформирована база данных исследуемых пациентов, включающая половые, возрастные, антропометрические критерии; нозологию и продолжительность заболевания; общее число и продолжительность данной госпитализации.

До начала терапии 45% пациентов оценивали свое состояние как «плохое». Большинство предъявляли жалобы на частые головные боли, ощущение слабости и упадка сил, нарушения сна, снижение интереса к привычным занятиям, снижение удовольствия от ранее приятного, чувство беспокойства напряженности.

Средний балл по шкале тревоги до начала лечения составил $35,7 \pm 0,4$, что соответствует высокому уровню тревоги, а по шкале депрессии – $19,5 \pm 0,8$ – умеренная депрессия. При этом достоверно чаще пациентов беспокоило тревожное настроение, напряжение и сердечно-сосудистые симптомы (сердцебиение, одышка, колющие боли в области сердца). Анализируя данные шкалы депрессии, можно сделать вывод, что доминирующими являются такие жалобы, как

подавленное настроение, сниженная работоспособность, психическая тревога и ипохондрические мысли. Корреляционный анализ показал, что чем хуже пациенты оценивали свое состояние до начала терапии, тем меньше была клиническая эффективность метода ($r=0,58$, $p<0,05$), что подтверждается влиянием изначальной психологической установки пациентов.

После проведенной ТЭС-терапии методом сравнения средних величин было достоверно доказано снижение суммарного балла по шкале тревоги (с $35,7\pm 0,4$ до $21,6\pm 0,3$) и по шкале депрессии (с $19,5\pm 0,8$ до $8,5\pm 0,5$). Значительно снизились такие показатели, как тревога, напряжение, соматические и сенсорные симптомы (меньшая динамика отмечена в отношении сердечно-сосудистой системы). У 14 пациентов из 17 улучшилось качество сна; у 12 улучшилось настроение и появился интерес к привычным занятиям; 6 пациентов отметили улучшение памяти и внимания.

Список литературы

1. Бобкова, Е. Н., Иващенко Д. М., Кузько Ю. Н. Транскраниальная электростимуляция – метод терапии тревожно-депрессивных расстройств // *Материалы российской научно-практической конференции «Оренбургская психиатрия на рубеже веков». Альманах молодой науки.* – № 3. – 2012 г., Оренбург. – С. 18-19.
2. Краснов, В. Н., Вельтищев Д. Ю., Немцов А. В., Ивушкин А. А. *Новые подходы к лечению стрессовых и тревожных расстройств: результаты многоцентрового исследования эффективности афобазола в психиатрической практике.* Московский НИИ психиатрии МЗСР РФ Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. Том 09, № 4.
3. Александрова, В. А., Лебедев В. П., Рычкова С. В. *Стимуляция эндорфинных структур мозга – новый немедикаментозный способ лечения* // *Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова.* – 1996. – N 2. – С. – 101-105.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА (5-ЛЕТНИЙ КАТАМНЕЗ)

Козлов Я. С., Антохин Е. Ю.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Россия

В соответствии с гипотезой М. Birchwood (1998) первые 2-5 лет после манифестации шизофрении являются критическим периодом, когда определяется дальнейшее течение заболевания, а пациенты наиболее чувствительны к биологической и психосоциальной терапии. Наиболее эффективно помощь таким больным оказывается в условиях специально созданной структуры – отделения первого психотического эпизода (ОППЭ). Основными принципами работы ОППЭ является оказание помощи в наименее ограничительных условиях, преимущественное использование атипичных антипсихотиков, раннее включение пациентов в психореабилитацию, работа с семьей, индивидуальное ведение случая [2].

Цель работы. Выявить различия в используемых методах медикаментозной и психосоциальной терапии пациентов с первым эпизодом шизофрении, проходящих лечение в ОППЭ и в общепсихиатрических отделениях (ОО).

Материалы и методы. В исследование включались пациенты, страдающие шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F2 по МКБ-10) с продолжительностью болезни до 5 лет, госпитализировавшиеся не более трех раз, выписанные из ГБУЗ «ООКПБ № 1» в период с 2008 по 2012 гг. включительно. Больные выявлялись при помощи сплошной выборки методом анализа статистических карт и медицинских карт стационарного больного с последующей выкопировкой данных. Анализировались используемые методы психосоциальной терапии, назначаемые нейролептики. Если за время стационар-

ного лечения пациент получал несколько нейролептиков, за ведущий препарат принимался рекомендованный для поддерживающей терапии на амбулаторном этапе. Для статистического анализа применялся программный пакет STATISTICA 6.1 с использованием методов непараметрической статистики. Достоверность различий между группами определялась при помощи критерия хи-квадрат.

Результаты и обсуждение. За изучаемый период из ООКПБ № 1 было выписано 767 пациентов с первым психотическим эпизодом, из них 356 женщин (46,4%) и 411 мужчин (53,6%). Средний возраст больных составил $30,1 \pm 11,86$ года. Средняя продолжительность госпитализации составляла $67,1 \pm 33,2$ дня. Медикаментозную терапию нейролептиками не получали 14 больных (1,83%), большинство из них было направлено на судебно-медицинскую, трудовую или военную экспертизы либо выписано по решению суда через несколько дней после госпитализации, а среди психических расстройств преобладала негативная симптоматика. В психосоциальной реабилитации участвовал 651 человек (84,9%). 468 больных (61,0%) проходили лечение в ОППЭ, в ОО лечилось 299 человек (39,0%).

Среди пациентов, госпитализированных в ОО, не получали терапию нейролептиками 11 человек (3,7%), принимали атипичные антипсихотики 196 больных (65,5%), классические препараты использовались в 92 случаях (30,8%). Чаще всего назначались клозапин (74 пациента, 24,7%), рисперидон (64 случая, 21,4%), галоперидол (50 больных, 16,7%) и кветиапин (21 человек, 7,0%). Дюрантные формы были рекомендованы 30 больным (10%).

Пациенты, проходящие лечение в ОППЭ, чаще всего получали клозапин (158 больных, 33,8%), оланзапин (80 человек, 17,1%), рисперидон (63 пациента, 13,5%), кветиапин (37 пациентов, 7,9%) и амисульприд (32 случая, 6,8%). Атипичные нейролептики применялись в 415 случаях (88,7%), классические – в 50 (10,7%), а не получали антипсихотиков трое больных (0,6%),

все были выписаны по решению суда вскоре после госпитализации. Пролонгированные формы препаратов были рекомендованы 23 больным (4,9%).

При сравнении особенностей психофармакотерапии в ОППЭ и ОО были выявлены достоверные различия в частоте назначения атипичных нейролептиков (88,7% и 65,5% в ОППЭ и ОО соответственно, $p < 0,001$) и применения пролонгированных форм антипсихотиков (4,9% и 10,0% соответственно, $p < 0,05$). Были выявлены значимые различия и в частоте применения отдельных препаратов: пациенты в ОППЭ, по сравнению с ОО, чаще получали клозапин (33,8% и 24,7% соответственно, $p < 0,01$), оланзапин (17,1% и 4,0% соответственно, $p < 0,001$), арипипразол (3,8% и 0% соответственно, $p < 0,01$), в то же время галоперидол (3,4% и 16,7% соответственно, $p < 0,001$) и рисперидон (13,5% и 21,4%, $p < 0,05$) назначались реже.

В психосоциальную реабилитацию включалось 435 пациентов (92,9%), проходящих лечение в ОППЭ и 216 больных (72,2%), госпитализированных в ОО ($p < 0,001$). Все психореабилитационные методы, применяемые в условиях стационара, чаще использовались в ОППЭ. Достоверные различия наблюдались в частоте включения пациентов в психообразовательные группы (419 больных, 89,5% и 179 больных, 59,9% соответственно, $p < 0,001$), группы тренинга когнитивных и социальных навыков (304 пациента, 64,9% и 153 пациента, 51,1% соответственно, $p < 0,001$), а их родственники больных в ОППЭ чаще посещали индивидуальные и групповые занятия с психотерапевтом (200 циклов занятий, 42,7% и 59 циклов занятий, 19,7% соответственно, $p < 0,001$).

Наблюдаемая диспропорция в применении различных антипсихотиков не может быть объяснена преобладанием в ОППЭ впервые госпитализированных пациентов (51,1% и 29,1% соответственно, $p < 0,001$), т. к. сходные значимые различия выявляются и в этой подгруппе больных. Скорее это является следствием малой распространенности и небольшого опыта при-

менения атипичных нейролептиков в ОО, отсутствием заинтересованности врачей в назначении препаратов этой группы. Для больных с третьей госпитализацией на первый план при выборе антипсихотика выходит возможность его бесплатного получения на амбулаторном этапе. Часто к этому времени оформляется группа инвалидности, вследствие чего возможно льготное обеспечение только тремя препаратами последнего поколения: клозапином, рисперидоном и кветиапином.

Различия в количественных показателях психореабилитации, скорее всего, обусловлены малым количеством пациентов с первым психотическим эпизодом одновременно находящихся в ОО и, как следствие, невозможностью набрать группу, а также недостаточным количеством психотерапевтов.

Заключение. Лечение пациентов с первым психотическим эпизодом в ОППЭ максимально приближено к рекомендуемому для данного контингента больных в подавляющем большинстве случаев, в то время как в ОО этот показатель составляет около 65%. Таким образом, функционирование отделения первого психотического эпизода позволяет наиболее эффективно, обоснованно и дифференцированно расходовать имеющиеся медицинские ресурсы для лечения впервые заболевших шизофренией пациентов.

Список литературы

1. Birchwood, M., Todd P., Jackson C. *Early intervention in psychosis // British Journal of Psychiatry.* – 1998, № 172 (suppl. 33). – P. 53-59.
2. *Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / под редакцией И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера.* – М.: Медпрактика-М, 2010. – 544 с.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Кунафина Е. Р., Курамшина З. А.

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет»,*

Республиканская психиатрическая больница № 1 МЗ РБ, Уфа, Россия

За последние годы по ряду причин психосоциальная реабилитация становится все более преобладающим направлением в деятельности психиатров по социальному восстановлению пациентов, находящихся на принудительном лечении [1, 2].

В Республиканской психиатрической больнице № 1 МЗ РБ принудительное лечение психически больным, руководствуясь современными тенденциями и выявленными криминогенными факторами, проводится по программе дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий. Система включает в себя 4 этапа: 1) адаптационно-диагностический; 2) стабилизации; 3) реконвалесценции; 4) закрепления лечения и подготовки к выписке. Принудительное лечение в отделениях осуществляется при взаимодействии специалистов различного профиля – психиатров, психологов и социальных работников для оптимального обеспечения терапевтического процесса и реабилитационных мероприятий.

В изучаемую группу вошли больные (100 чел.) в возрасте 50 лет и старше, признанные невменяемыми за совершение различных ООД и находящиеся на принудительном лечении в Республиканской психиатрической больнице в 2005-2010 гг. Из них 40 больных страдали шизофренией и бредовыми расстройствами и 60 больных – органическими психическими расстройствами (как наиболее нозологически представленные).

В задачи психолога при оказании помощи больным, находящимся на принудительном лечении входило: 1) изучение личности больного, структуры нарушений и механизмов

их компенсации, социальных позиций и ролевого поведения больного в различных группах, получение данных для функционального диагноза, и динамическая коррекция их с учетом задач и результатов восстановительного лечения; 2) социально-психологическое исследование общения больных, взаимоотношений больных в семьях, в отделении в процессе социотерапевтической работы; 3) исследование терапевтического коллектива, взаимоотношений больных и медицинского персонала и разработка рекомендаций по оптимизации терапевтической среды; 4) оценка психологических факторов вне терапевтического социального окружения, проведение мер, способствующих изменению влияния среды в нужном направлении. С больными дважды проводилось полное психологическое обследование: при поступлении и при подготовке к выписке.

Свою работу психолог начинал с уточнения списка больных, находящихся на принудительном лечении с последующим изучением историй болезней. Совместно с заведующими отделениями и лечащими врачами обсуждалась направленность и тема психокоррекционных бесед с больными, наиболее важные моменты, на которые психолог должен акцентировать свое внимание в дальнейшей работе. Особое внимание уделялось больным, поступившим на принудительное лечение впервые.

В ходе бесед психолога с больными постоянно анализировалось соотношение понятий «возможности» и «желания». В основе субъективного понимания пациентом своей неспособности отказаться от неадекватных форм психосоциальной адаптации лежит бессознательное желание к их сохранению. Поэтому одной из основных задач психокоррекционной работы являлось формирование мотивации к приобретению позитивного опыта.

Под влиянием психокоррекционных бесед у больных появилась потребность в эмоциональных контактах, формировался позитивный опыт в сфере общения, появились реальные планы на будущее на основании способности к контро-

лю своего состояния и активному разрешению трудностей. Объективность положительной динамики подтверждалась наблюдениями медперсонала, результатами бесед с родственниками. Наиболее существенное изменение претерпела самооценка больных, она стала более объективной и адекватной.

Особое внимание уделялось взаимоотношениям больных и членам их семей. Центральной задачей проводимой психокоррекционной работы была выработка стереотипов взаимоотношений, приемлемых для больных и членов их семей (смягчение причин конфликтов и остроты реакций, объяснение родственниками больному, когда это позволяло его психическое состояние, особенности их взаимоотношений, поведения, личностно-характерологических факторов, ухудшающих атмосферу в семье, влияющих на состояние здоровья больного). В результате совместных усилий врачей и психологов у большинства больных улучшились отношения с родственниками, смягчилась конфликтность и эмоциональная напряженность в семье, в структуре синдрома меньшее место стали занимать переживания, связанные с семейными конфликтами.

Нами отмечено, что у большинства больных каждой нозологической группы отмечается определенная положительная динамика.

У больных, страдающих шизофренией, в процессе психокоррекционных мероприятий происходила психологическая переработка болезненных переживаний, формировалась потребность в эмоциональных контактах с окружающими, разрабатывались и укреплялись адаптивные формы поведения, адекватные методы оптимизации личностной и социальной адаптации, дезадаптивные механизмы поведения критически пересматривались, самооценка претерпевала качественные изменения, более эмоциональными и спокойными становились отношения с родственниками, нивелировалась эмоциональная напряженность в контактах, формировались более реальные и адекватные планы на будущее.

У больных, страдающих органическими психическими расстройствами, основной причиной госпитализации является конфликтное поведение, обусловленное изменением личности по взрывному типу. Поэтому психокоррекционные мероприятия были направлены в основном на пересмотр поведенческих реакций в конфликтных жизненных ситуациях, выработку адаптивных способов поведения. Учитывая более длительную сохранность критических способностей этой категории больных, положительная динамика в оценке своего состояния и поведения была более очевидна.

Специфика принудительного лечения по сравнению с задачей стационарного лечения психически больных в обычных условиях состоит не только в достижении терапевтической ремиссии, но и в выявлении и развитии компенсаторных адаптационных механизмов, способствующих положительному социальному функционированию больных и исключающих повторение ООД.

Таким образом, определенная положительная динамика в реабилитационной и психокоррекционной работе с психически больными, находящимися на принудительном лечении, убеждает нас в необходимости продолжать эту работу и искать новые формы и методы психокорректирующих мероприятий. Важнейшим фактором успеха коррекционной работы мы считаем доверие больных к врачу и психологу. Качество взаимодействия и способность к эмоциональному сопереживанию сами пациенты начинают расценивать как лечебный фактор.

Список литературы

1. Мальцева, М. М., Котов В. П. *Опасные действия психически больных.* – М., 1995. – 255 с.
2. Стяжкин, В. Д., Тарасевич Л. А. *Современные реабилитационные программы в условиях принудительного лечения психически больных* // *Российский психиатрический журнал.* 2006 – № 2, . – <http://www.geotar.ru/index.php?nodeid=33&articleid=144>

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кунафина Е. Р., Николаев Ю. М.

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский
университет», Уфа, Россия*

Проблема общественной опасности психически больных остается одной из наиболее актуальных в современной психиатрии. Известно, что наличие психического заболевания существенно облегчает вовлечение больного в криминальные действия. Так, больные шизофренией совершают повторные общественно опасные деяния до 60% случаев [1, 2].

Одной из разновидностью мер, предназначенных для профилактики совершения общественно опасных деяний, являются принудительные меры медицинского характера. В Республиканской психиатрической больнице № 1 МЗ РБ принудительное лечение психически больным, руководствуясь современными тенденциями и выявленными криминогенными факторами, проводится по программе дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий. Система включает в себя 4 этапа: 1) адаптационно-диагностический; 2) стабилизации; 3) реконвалесценции; 4) закрепления лечения и подготовки к выписке. Принудительное лечение в отделениях осуществляется при взаимодействии специалистов различного профиля – психиатров, психологов и социальных работников для оптимального обеспечения терапевтического процесса и реабилитационных мероприятий. Система профилактики противоправной активности лиц с психическими расстройствами, кроме психофармакотерапии, должна включать методы психотерапии и психокоррекции, а также мероприятия по социальной реабилитации с формированием устойчивых социально приемлемых форм поведения.

Важная роль в проведении реабилитационного этапа отводится психотерапии, направленной на формирование, вос-

становление и развитие ментальной экологии психически больных, их ресоциализацию, устранение фактора их социальной опасности, а также предотвращения повторных особо опасных деяний и профилактику опасных действий. Психофармакотерапия и психотерапия повышают комплаенс к общим лечебным подходам.

Цель работы: повышение эффективности принудительного лечения и ресоциализации психически больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия (ООД), путем проведения комплексной терапии в форме сочетанного использования психофармакотерапии и психотерапии в условиях принудительного лечения в Республиканской психиатрической больнице № 1 МЗ РБ.

Материалы и методы: всего групповую психотерапию прошли 46 мужчин с диагнозом шизофрения (F 20.00). Все они совершили ООД, направленные против личности (ст. 105-111, ст. 112-119, 213 УК РФ). Количество пациентов в группе варьировало от 6 до 10 человек. Сеансы групповой психотерапии проходили 2 раза в неделю. Продолжительность сеансов составляла от 1,5 до 2 часов. Количество сеансов в среднем – 12-16. Длительность групповой психотерапии – 2 месяца.

В рамках групповой психотерапии использовались следующие психотерапевтические подходы: когнитивная терапия с целью когнитивного реструктурирования психики пациентов; поведенческая терапия с коррекцией дезадаптивных форм поведения; психодрама для улучшения системы межличностных взаимоотношений.

Психофармакотерапия осуществлялась минимальными поддерживающими дозами препаратов с гибким регулированием медикаментозного режима с целью удержания пациентов в психотерапевтическом процессе. При этом предпочтение отдавалось атипичному антипсихотическому препарату рисполепт (рисперидон) в дозе, не превышающей 4 мг.

Эффективность комплексной терапии оценивалась по следующим параметрам: клинко-психопатологическое обследование; шкала PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

Результаты: исследование выявило психологическое дистанцирование, наличие инкапсулированных бредовых идей (не отражающихся на поведении пациентов); умеренно-выраженную негативную симптоматику в виде инертности психических процессов (апатичность и отгороженность, малоконтактность, социальная отрешенность, снижение энергетического потенциала); анозогнозию и нонкомплаентность, а также нейрокогнитивный дефицит (нарушение мышления, снижение критичности к своему состоянию и самооценки, отказ от сотрудничества, активная социальная устраненность, нарушение внимания, снижение волевых способностей).

После первых сеансов групповой психотерапии отмечалось рединамизирующее (энергизирующее) действие (оживление моторно-мимической сферы, повышение активности и коммуникабельности больных со стимуляцией сферы побуждений – антидефицитарное действие в отношении инертности психических процессов). В последующем было зафиксировано повышение физической работоспособности и интеллектуальной продуктивности, расширение круга общения.

Объективизация клинических данных проводилась с помощью психометрической шкалы PANSS. За весь период групповой психотерапии общее снижение рейтинга по шкале PANSS составило 48,3%. Обращает на себя внимание существенное улучшение, происходящее в состоянии больных в течение первых 2 недель терапии. Этот показатель составил 28,1%. При анализе редукции рейтинга баллов по подшкалам шкалы PANSS за 2 недели произошла существенная редукция в группе позитивных симптомов, которая составила 25,3% (при низкой представленности этого показателя при стартовой оценке). В первые 2 недели психотерапии происходят значимые изменения по имеющимся показателям, характеризующим про-

дуктивную симптоматику: резидуальный бред, расстройство суждений и мышления. Снижение показателей, характеризующих негативные нарушения, на ранних этапах терапии на 35% показывает, что в данной группе преобладали пациенты с негативными нарушениями. Это свидетельствует о том, что групповая психотерапия обладает выраженным влиянием на обе группы симптомов. Оценка негативных и психотических симптомов показывает, что большая часть симптоматики за указанный период претерпевает выраженную редукцию.

Таким образом, применение групповой психотерапии в сочетании с психофармакотерапией позволяет достичь более высокого уровня терапевтических ремиссий и способствует устранению фактора социальной опасности пациентов. Различные психотерапевтические подходы в рамках групповой психотерапии (поведенческий, когнитивный, феноменологический) позволяет всесторонне воздействовать на основные компоненты личности (когнитивный, эмоциональный и поведенческий). Указанный спектр психотерапевтических методов способствует формированию особого, специфического, индивидуального подхода к реализации психотерапевтических программ в рамках групповой психотерапии. Критерием клинической эффективности групповой психотерапии является формирование у всех пациентов новых, социально-приемлемых ментальных установок и мировоззрений, а также отсутствие рецидивов или эксацербаций процесса в течение всего периода групповой психотерапии.

Список литературы

1. *Мальцева, М. М., Котов В. П. Опасные действия психических больных.* – М., 1995. – 255 с.
2. *Мохонько, А. Р., Муганцева Л. А., Шукина Е. Я. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших общественно опасные действия (по данным отчетов о работе судебно-психиатрических экспертных комиссий Российской Федерации).* – М., 2010.

ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

Курбатова О. А.

ГОУ ВПО «Тульский государственный университет», Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и депрессивные расстройства относятся к числу наиболее распространенных болезней, снижающих трудоспособность и приводящих к инвалидизации человека. Их сочетание является достаточно известным в клинической практике фактом и подтверждено многочисленными популяционными исследованиями, проведенными еще в конце прошлого века. К началу XXI столетия ишемическая болезнь сердца (ИБС) является единственной наиболее частой причиной смерти в развитых странах и одной из ведущих причин заболеваемости в развивающихся странах [1]. Согласно результатам ряда эпидемиологических исследований депрессия является частой формой психических расстройств и рассматривается в качестве одного из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [2]. Несмотря на неуклонный рост ССЗ и больных ИБС, психические расстройства диагностируются достаточно редко, а также не принимается во внимание механизм их развития. До сих пор отсутствует единый подход к диагностике и лечению депрессивных расстройств в условиях кардиологического стационара.

Цель работы: уточнение психопатологических особенностей депрессий у пациентов кардиологического стационара, а также оценка качества психофармакотерапии у пациентов с депрессивной симптоматикой в условиях кардиологического стационара.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 120 пациентов с ИБС (шифр МКБ-10 I20). Основную группу составили 60 пациентов с ИБС без наличия

психических расстройств депрессивного спектра, а контрольную – 60 пациентов, страдающих ИБС с сопутствующей депрессивной симптоматикой. Все пациенты проходили лечение в кардиологическом отделении МУЗ «Городская больница № 13 г. Тулы». Из общего числа пациентов 67 составили мужчины (55,8%) и 53 – женщины (44,1%). Средний возраст больных к моменту исследования равнялся $51,4 \pm 0,32$ года. Основную группу составили 60 пациентов с ИБС и сопутствующей депрессивной симптоматикой легкой и средней степени тяжести (F32.0, F32.1 по МКБ-10). В контрольную группу вошли 60 пациентов с ИБС без коморбидной депрессии.

Результаты и обсуждение: в нашем исследовании у пациентов основной группы по сравнению с контрольной отмечается более высокий процент частоты инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе. Так, в основной группе ИМ зафиксирован у 27 (45%) пациентов, в контрольной группе – у 21 (35%). Из них единичный ИМ в анамнезе выявлен в основной группе у 18 (30%), а в контрольной – у 20 (33,3%), повторный ИМ в анамнезе зафиксирован в основной группе чаще – у 9 пациентов (15%), чем в контрольной – у 1 пациента (1,7%).

Для изучения особенностей личности больных применялась классификация преморбидных личностных особенностей и опросник К. Леонгарда – Г. Шмишека (1970). Акцентуации характера были выявлены у 65% больных, а именно: у 75% пациентов основной группы, и 55% пациентов контрольной группы. При этом доминируют дистимический, тревожный и демонстративный типы.

Согласно выделенным степеням тяжести и типам депрессивных расстройств, представленных в работе А. Б. Смулевича[3], в нашем исследовании были диагностированы депрессии легкой и средней степени тяжести. Депрессии легкой степени тяжести составили 62% (37 пациентов) и значительно доминировали над долей депрессий умеренной степени тяжести – 38% (23 пациента). При этом выявлено несколько типов депрессий:

преобладала тревожная депрессия у 21 пациента (35%), астенический вариант встречался у 16 пациентов (26,7%), маскированная депрессия – у 13 пациентов (21,7%), ипохондрическая и апатическая – у 7 (11,7%) и 3 (5%) соответственно.

Сочетание психической и сердечно-сосудистой патологии, как известно, усложняет процесс лечения. Существенная часть затруднений возникает в связи с неблагоприятным воздействием психотропных средств на органы кровообращения, а кардиотропных – на центральную нервную систему [4]. Исследуя назначаемую кардиологами психофармакотерапию, оказалось, что она проводилась 43 пациентам в основной группе, то есть в 71,7% случаев, а в контрольной группе назначалась лишь 29 пациентам (48,3%). При этом кардиологи назначали в большей степени транквилизаторы как в основной – у 25 человек (41,7%), так и в контрольной группах – 15 человек (25%). Из них бензодиазепиновые анксиолитики использовались по большей части в основной группе в 18 случаях (30%), а в контрольной составили всего 9 (15%). Частота применения препаратов небензодиазепинового ряда в обеих группах была практически идентичной: в основной группе – у 7 пациентов (11,7%), в контрольной – у 6 (10%). Однако часто назначение транквилизаторов в виде монотерапии не всегда оказывается эффективным. Транквилизаторы сами по себе не уменьшают симптомов депрессии, влияя только на нарушения сна и показатели тревоги. Также для лечения кардиологи использовали трициклические антидепрессанты, которые назначались достаточно редко как в основной группе – 6 пациентам (10%), так и в контрольной – 2 пациентам (3,3%). Несмотря на относительно редкое назначение трициклических антидепрессантов, необходимо учитывать, что эта группа препаратов может вызывать нарушения ритма и проводимости сердца и не всегда является оправданной и безопасной для пациентов кардиологического стационара. Антидепрессанты нового поколения, такие как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, которые даже в высоких дозах

не влияют на сократительную функцию сердца, назначались крайне редко как в основной у 2 человек (3,3%), так и в контрольной группах – у 1 (1,7%). Малые нейролептики применялись в основном симптоматически и также редко: в основной группе – в 3 случаях (5%), в контрольной – в 2 (3,3%).

Несмотря на доказанную эффективность сочетания медикаментозных и психотерапевтических методов лечения, необходимо отметить, что в нашем исследовании ни одному из пациентов не проводилась психотерапия.

Заключение. Проведенное исследование выявило, что у пациентов кардиологического стационара, страдающих ИБС, достаточно часто диагностируются депрессивные расстройства. Определяя психопатологические особенности депрессий у пациентов кардиологического стационара, выявлено, что больше половины пациентов основной группы страдали депрессией легкой степени тяжести, и более одной трети имели умеренно выраженную депрессивную симптоматику, при этом определено преобладание тревожной депрессии. Изучение спектра психофармакотерапии показало, что она не всегда адекватна имеющимся депрессивным расстройствам и сопутствующему кардиологическому заболеванию, что также оказывает влияние на прогноз и течение как основной, так и сопутствующей патологии.

Проведенное исследование позволяет в определенной степени выявить взаимосвязь между депрессивными расстройствами и особенностями течения кардиологической патологии. Полученные результаты ставят целью повышение качества медицинской помощи данной категории пациентов, а также усовершенствование профилактики в отношении данной патологии, которая будет складываться из компенсации соматического, психического состояний пациентов и максимально раннего (от начала заболевания) применения психообразования в данных лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Список литературы

1. *Thomas, A. Gaziano // Current problems in cardiology. – 2010 – Vol. 35, Issue 2.*
2. *Соболева, Г. Н. Эффективность и безопасность применения тианептина в кардиологической и общемедицинской практике // Consilium medicum, Т 11, №10.*
3. *Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2003.*
4. *Дробижев, М. Ю., Добровольский А. В., Долецкий А. А. Кардиологические и психопатологические аспекты безопасности комбинированной кардио- и психотропной терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005 – Том 07, № 3, .*

РОЛЬ И МЕСТО ДУХОВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ

Носачев Г. Н., Носачев И. Г.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Россия

Биопсихосоциальная концепция (модель) человека в норме и патологии, отдельные религиозные духовные практики достаточно широко вошли в современную отечественную психотерапию. Однако вопросы «духовности», «духовного», «духа» в психологии, а особенно в психотерапии, далеки от разрешения. По мнению С. К. Бондыревой и Д. В. Колесова, «духовность – это мера владения индивида информационными ресурсами своего внутреннего мира, а также и содержательность (богатство и разнообразие элементов это мира)» [1, с. 19].

Е. Б. Фанталова, предлагая многоуровневый подход к клинко-психологическому исследованию, выделяет три уровня психологической реальности: «Индивид», «Личность», «Душа». Под уровнем «Душа» понимается «глубинный, давно

сложившийся, интериоризованный, автономный внутренний мир человека с присущими ему системой ценностей, «внутренних опор», «внутренних авторитетов» [2, с. 251].

Э. Г. Эйдемиллер, разбирая становление психотерапии как специальности, считает, что «психотерапия представляет собой синтез искусства, ремесла и науки в рамках специальности, поэтому здесь вполне уместно привести определение термина «специальность». Это отдельная отрасль науки, техники, мастерства или искусства. Специализация присутствует как в науке, так и в искусстве, что предполагает их обособленность и интеграцию. На мой взгляд, психотерапия является новой и одновременно древней интегративной духовной практикой, основанной на естественно-научной и гуманитарной парадигмах. Что означает термин «духовная практика»?

Духовная практика – это формулирование и выдвижение идей, реализация которых способствует благополучию каждого отдельного человека и всего человечества в целом. Особенность таких идей заключается в том, что их трудно отнести либо к науке, либо к искусству. Духовная практика – своеобразный компромисс искусства и науки. Психотерапия как духовная практика включает в себя различные духовные практики, которые возникали в разные периоды развития человечества» (медицина, религия и этика, философия, педагогика, психология и политика) [3, с. 85].

Со времен З. Фрейда и К. Юнга большинство психологов и психотерапевтов пытались изучать и стремились проникнуть во внутренний мир невротика, его психологические защиты, структуру личности, вскрыть внутриличностные конфликты и видоизменить их, т. е. в конечном счете разобраться и изменить информацию, прибегая или не упоминая имени Господа Бога. В коллективном и индивидуальном бессознательном и сознаний Творец всего сущего на земле духовнее, т. е. информированнее, любого своего творения, ибо знает обо всем и обо всех как в прошлом, так и в настоящем и будущем.

Цель – с методологических позиций обобщить, определить и раскрыть определение «духовность» (духовное, дух).

Личность предстает в осознании и самосознании как виртуальный объект, образуемый собственным мышлением путем проекции некоторых («лично значимых и оцениваемых») особенностей своего поведения и переживаний на себя как субъекта. Личность складывается из проекции свойств комплекса «Я» на внутренний и внешний мир индивида: первое – умственной (когнитивной) деятельности в себе и второе – умственной деятельности во внешнем мире. Из калейдоскопа познания себя и внешнего мира и складывается личность. Зрелая личность характеризуется развитым и хорошо функционирующим комплексом «Я». Невроз нередко называют болезнью личности, т. е. речь идет о неразвитой, плохо функционирующей личности со нестабильной саморефлексией, невысоким и неустойчивым уровнем самооценки и обилием внутренних и внешних противоречий. В процессе психотерапии, общения с представлением «два потока информации»: духовной информации – происходит работа с личностью и надличностной структурой, к которой следует относить духовную составляющую. По мере становления и развития внутреннего мира человек приобретает все большую возможность проектировать его на внешний мир, проявляя активность и возможность приспосабливать его под свои запросы и потребности. Следовательно, в процессе жизнедеятельности (удовлетворения своих потребностей) человека сталкиваются два потока информации: информация из внешнего мира формирует его внутренний мир по векторам потребностей, а индивидуальные свойства мира внутреннего проецируются на внешний мир, определяя его поведение и виды деятельности. Таким образом, возникает многовекторность внутреннего мира человека и чем богаче внутренний мир, тем духовнее личность.

По мнению С. К. Бондыревой и Д. В. Колесова, «то, что в жизни и религии называется «духовностью», в научном пла-

не можно назвать «информационностью»: свойством материи обязательно быть в той или иной форме» [1, с. 17], т. е. любая живая и неживая материя несет в себе информацию – содержательность для субъекта. Содержательность включает в себя информативность и информированность, а также духовность. Духовность, в свою очередь, включает активность (движение и подвижность), содержательность, отражение и отражённость, а также информативность и информированность. Таким образом, духовность через содержательность, в первую очередь, сводится к информации и её познанию.

Выделяют три родственных понятия: «информационность», «информированность», «информативность». «Информационность» является базовым свойством живой и неживой материи, включающей информативность объекта и информированность индивида. «Информативность» – это мера информации, которая содержится в любом носителе, в частности в пациенте: рассказ (интервью), осмотр, текст и другой материальный объект. Информативность живых объектов, которые являются не только хранителями, но и одновременно пользователями, называется информированностью. Следовательно, «информированность» – эта та мера информации, которая не только присутствует, но и постоянно меняется, в первую очередь, пополняется и позволяет индивиду компенсироваться и адаптироваться в потоке информации в социальном мире.

Задачи психотерапевта не только разобраться в процессе работы с пациентом в его информативности как личности, имеющей определенный внутренний мир, но и носителя материальной информации, но и существенно пополнить и изменить «в нужном русле» его информированность. Это может быть достигнуто правильным структурированием содержательности с расширением и обогащением внутреннего мира пациента через новую информацию. Мерой новой информации является различие содержания информации до воздействия и после него. При этом пациент должен быть вовлеченным в желание не просто получать пас-

сивно новую информацию, но и активно участвовать в её сравнении для получения нечто нового для себя. Активность должна сочетаться с подвижностью усвоения новой информации. Именно через воздействие/сопоставление двух или более виртуальных объектов – мыслей (образов, концептов) меняется содержательность, а личность становится богаче духовно. Используя сопоставления, можно изменить признаки и проявления духовности/информационности/содержательности (например, «Активность богаче пассивности»; «Инициатива духовнее инертности»; «Здоровье духовнее болезни»; «Информационное более духовно, чем привычное»; «Изменяющее более духовно, чем стабильное»).

Список литературы

1. Бондырева, С. К., Колесов Д. В. *Внутренний мир, сознание, духовность.* – М., 2007. – 28 с.
2. Фанталова, Е. Б. *Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы.* – Коллективная монография к Всероссийской научно-практической конференции. К 85-летию Ю. Ф. Полякова. – М., 2013. – С. 249-252.
3. Эйдемиллер, Э. Г. *Российский психиатрический журнал.* – М., 2012. -№ 4. - С. 83-87.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ГРАНИЦЫ И ВЗАИМОСВЯЗИ

Носачев Г. Н.¹, Носачев И. Г.¹, Дубицкая Е. А.², Смирнова Д. А.¹

¹ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Россия

²Самарский психоневрологический диспансер, Россия

Среди основных методов лечения пациентов в медицине используются преимущественно три: хирургический, терапевтический и психотерапевтический. На современном этапе

антропологического подхода к биопсихосоциально-духовной модели человека, в которой индивидуально-психологические и социально-психологические особенностям пациента стали уделять больше внимания врачи-интернисты, все также мало внимания уделяется психотерапевтическому методу.

Опираясь на взгляды С. Ледера (1973), ряд отечественных психотерапевтов (М. М. Кабанов, 1979-2002; Б. Д. Карвасарский, 1987-2012; Г. Н. Носачев, 1996-2012), рассматривая психотерапию как метод, выделяют четыре основных модели: «как метод лечения, влияющий на психические и соматические функции организма (формулировка основана на медицинской модели); как метод влияния, связанный с обучением (психологическая модель); как инструмент социального контроля (социологическая модель); как явление коммуникации между людьми (модель, связанная с философскими системами)» [1, с. 30].

Таким образом, психотерапевтический метод может и используется в разных видах человеческой деятельности и в первую очередь для лечения не только и даже не столько врачами сколько психологами для адаптации и компенсации расстройств и проблем личности. Инициатива данной деятельности принадлежит как психологам, которые предпочитают психотерапию психокоррекции, так и пациентам (клиентам), которые в ущерб компетентности и профессионализму оправдывают свою деятельность стигматизацией и дискриминацией психиатрии в обществе, «искренно» полагая, что помогают обществу и пациентам. Сталкиваясь с недостаточной эффективностью той или иной психотерапевтической методики, психологи начинают достаточно часто использовать психотропные препараты, чаще всего доступные транквилизаторы и антидепрессанты. Но если клинические психологи имеют подготовку по всем разделам клинической психологии, включая психиатрию и неврологию, то, например, психологи-консультанты, не проходя соответствующей подготовки, в рамках так называемой консультативной психотерапии широко её осуществляют.

Другое распространенное заблуждение и связанные с ними мифы обусловлено концепцией «или психотерапия, или фармакотерапия». Родилась она на Западе, когда психология, особенно клиническая, стала отрываться от психиатрии и медицины в целом. В России 2/3 XX века преобладали методики и техники суггестивной психотерапии, и в рамках этого вида появились даже методики, напрямую связанные с фармакотерапией, в частности, наркогипноз, наркопсихотерапия. Но это был такой организационно-нормативно-правовой период, когда психотерапию осуществляли преимущественно психиатры. Последние 30-40 лет с введением в здравоохранении специальности врач-психотерапевт, которыми стали преимущественно врачи до того других специальностей, которые за 2-3 месяца научили одной-двум методикам психотерапии, но не имеющие психиатрической подготовки. Отсюда страх и опасения, кроме непонимания психической патологии, прямого и побочных действий психотропных препаратов. В настоящее время ситуация с подготовкой врачей-психотерапевтов приобрела организационную и нормативно-правовую правильности, но люди остались. Поэтому миф от врачей, к сожалению, переключался к пациентам (клиентам), у которых нередко предвзятое отношение к психофармакотерапии.

До настоящего времени существует и миф о том, что психотерапия, хотя и лечебный метод, но не является научным, а преимущественно – искусством психотерапевта, его необычной методики и его личными способностями. Где уж здесь место до такого простого и привычного метода лечения, как прием лекарства, т. е. эта концепция не просто существует, она культивируется и поддерживается многими психотерапевтами и психологами. Искусство психотерапевта позволяет навязать пациенту одну методику (технику) или всем пациентам и «на все случаи жизни», не особенно задумываясь над диагностическим её соответствием, не учитывая другие болезни и способы лечения и т. д. и т. п. Иными словами, не методика к болезни и личности пациента, а прямо наоборот. Рассматривая психотерапию как искусство, можно соз-

давать свой понятийный аппарат совершенно отличный от понятийного аппарата другого направления или вида психотерапии, что мало возможно при включении и применении фармакотерапии, хотя бы на синдромальном уровне.

Психотерапевтический метод (психотерапия) в XX-XXI веках постепенно превращается в самостоятельный научный метод естественных наук о человеке как метод аксиологических наук. Антропологический и биопсихосоциально-духовный подходы к человеку и пациенту позволили пересмотреть концепты и принципы в интерпретации психотерапии. В концептуальной иерархии философии науки принципы – методы – законы – модели – понятие «психотерапия», являясь методом воздействия (интервенции) на человека в рамках четырёх практических моделей (медицинской, психологической, социальной, философской), имеет множество частных моделей, методик и понятий с их частной интерпретацией. Сегодня можно смело заявить, что противопоказаний к использованию психотерапевтического метода в биологии не существует (имеются противопоказания к отдельным методикам).

В философии науки XX века произошёл, с одной стороны, прагматический поворот, который способствовал становлению прагматического метода, а с другой, синергетический – процессы самоорганизации структур, различных по своей природе – от электрона до человека и общества. На уровне субнаук, к одной из которых следует отнести психотерапию, прагматический метод актуален только для аксиологических дисциплин (модели использования психотерапевтического метода).

Разработка в рамках теоретико-практических знаний психического воздействия на человека (психотерапии) привело к формированию целого ряда направлений: психоаналитического (динамического), бихевиорального, транскультурального и др. Назрела практическая, да и теоретическая, необходимость более полного соединения биологического, психологического, социального и духовного в одно целое лечебное воздействие и управление болез-

нию. Это потребует выделения общей психотерапии, которое соединить в себе персоналогию, психические процессы, состояния и образования, психолингвистику с нейронауками, с одной стороны, и частной психотерапии, в которой будут сочетаться конкретные психотерапевтические методики (техники) с фармакотерапией конкретного психопатологического синдрома при той или иной пограничной психической и поведенческой патологии.

В последние годы раздается множество предложений по разработке интегративной психотерапии, хотя при этом никто из авторов не предлагает принципа интеграции, т. е. интегрируются направления, виды, методики и т. д. Г. Л. Исурина считает интегративную психотерапию мифом не самоопределившихся психотерапевтов [2]. Но эта тема отдельного исследования. Но вот можно смело сказать об интеграции различных методов лечения в медицине, что собственно разделяют все врачи-интернисты (терапевтический и хирургический методы, реже соглашаются присоединить и психотерапевтический) и только врачи-психотерапевты и некоторые психиатры все еще дискутируют вопрос «или – или». Не может быть никаких сомнений в необходимости, особенно в рамках пограничных психических и поведенческих расстройств, одновременного последовательного и обоснованного использования в терапии как психофармакотерапии, так и различных видов, методик и техник психотерапии с последующим присоединением психокоррекции для решения индивидуально-психологических проблем пациента (или уже клиента) и включением психотехник в социальном и личностном росте клиента (пациента).

Список литературы

1. Кабанов, В. В. *Руководство по психотерапии* / под ред. В. Е. Рожнов. – 2 изд. – Ташкент – М., 1979.
2. Исурина, Г. Л. *Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы.* – Коллективная монография к Всероссийской научно-практической конференции. К 85-летию Ю. Ф. Полякова. – М., 2013. – С.13-14.

СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ?

Носачев Г. Н.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава, Россия

Последнее двадцатилетие XX века характеризовалось, с одной стороны, значительным увеличением числа «новых» методик и техник психотерапии, а с другой – осмыслением, что эти методики и техники больше соединение уже ранее известных методик, что привело к появлению понятий «эkleктическая» и «интегративная» психотерапия. На западе стали издавать журнал «Интегративной и эkleктической психотерапии». По мнению А. А. Александрова, термин «интеграция» приобретает более теоретическое значение. «Интеграция» обычно обозначает концептуальный синтез различных теоретических систем. «Эkleктицизм» является одним из компонентов интеграции психотерапии, «эkleктицизм» атеоретичен, но эмпиричен в прагматическом применении того, что уже существует» [1, с. 7].

Г. Л. Исурина считает, что интегративная психотерапия – «это миф, связанный с нежеланием (или возможностью) теоретического самоопределения психотерапевтов и отсутствием систематической и обоснованной подготовки в этой области, а также недостаточным пониманием роли клинической психологии и психологии личности как теоретической основы психотерапии, являющейся одним из видов клинико-психологического вмешательства» [2, с. 14].

Соглашаясь с основными положениями автора, нам хотелось бы остановиться на необходимости рефлексировать весь груз «методологических проблем» психотерапии. Нигде, как в психотерапии (психотерапевтическом методе), не наблюдается ярко выраженный «методологический плюрализм» и «методологический либерализм», результатом каковых является и так называемая интегративная психотерапия. До сих пор ведутся споры, является ли психотерапия наукой или искусством. Так, Э. Г. Эйде-

миллер считает, что «психотерапия представляет собой синтез искусства, ремесла и науки в рамках специальности» [4, с. 84].

Из прагматического метода психотерапия (психотерапевтический метод) в XX-XXI веках постепенно превращается в самостоятельный научный метод естественных наук о человеке как метод аксиологических наук. Антропологический и биопсихосоциально-духовный подходы к человеку и пациенту позволили пересмотреть концепты и принципы в интерпретации психотерапии. В концептуальной иерархии философии науки принципы – методы – законы – модели – понятие «психотерапия», являясь методом воздействия (интервенции, общения, информации) на человека в рамках четырёх практических моделей (медицинской, психологической, социальной, философской), имеет множество частных моделей, методик и понятий с их частной интерпретацией.

В последние годы в отечественной психологии приобретают популярность попытки теоретико-методологического анализа психологических знаний, выполненного с опорой на известную классификацию типов научной рациональности, предложенную В. С. Степеном [3], который выделяет классический, неклассический и постнеклассический типы (этапы) развития научных знаний. Но если в психологии, хотя и достаточно условно, можно выделить эти этапы, то в психотерапии они всегда носили эклектический характер. В психотерапии на первом месте всегда были методики (техники) и на втором (или вообще отсутствовало) их теоретическое объяснение.

Возникшие в классический период развития психологии такие направления как классический психоанализ и бихевиоризм, построенных на разных психических структурах и состояниях, и их интеграция между собой ни в период возникновения, ни в постнеклассический период развития психологии большинством исследователей и методологов науки считают невозможным. Последующие возникшие направления психологии и психотерапии или сами носили эклектический

характер, или рассматривали и строились на отдельных состояниях психики человека, социального бытия. До сих пор отсутствует и единая классификация психотерапии, а существующие также носят преимущественно эклектический характер (суггестивная, игровая, групповая, телесная, семейная и др.).

Интеграция преимущественно касалась и касается не всего психотерапевтического метода, а отдельных методик из разных направлений, видов и форм. Так, еще З. Фрейдом была предложена техника гипнокатарсиса, позже Шульцом – методика аутогенной тренировки (I и II), и целый ряд других методик вплоть до нейролингвистического программирования с целым рядом методик и их теоретического обоснования.

Постнеклассический период развития психотерапии характеризуется использованием одних и тех же методик психотерапевтического метода в разных моделях в начале под общим названием «психотерапия» (психологи, социологи, педагоги, сектанты и др.), а к концу XX века произошло методологическое разделение на «психотерапию» (медицинскую), «психокоррекцию» (психологическую), «психотехника» (социальную модель) с разными целями и задачами. Пользователи психотерапевтического метода стали осознавать, что дело не только и не столько в методике (технике, приеме), сколько в базовой цели применения метода, в частности в медицине лечения психического расстройства (например, невроза, расстройства адаптации и др.). Лечение болезни у пациента, а не просто симптома или синдрома, а всей клинической картины болезни у конкретного пациента с его индивидуально-психологическими особенностями, реакциями адаптации и компенсации к болезни и микросоциума. Именно такой подход к применению психотерапии требует и новой интеграции не собственно методики (техники), направленной на конкретный синдром, а на всю клиническую картину, поведение и адаптацию, что требует привлечения иных теоретических и практических подходов. Что собственно делает А. А. Алек-

сандров, интегрируя в личностно-ориентируемую (реконструктивную) методику и когнитивные методики, и психоанализ, гештальт-методики и поведенческие.

Следующий этап интеграции, на наш взгляд, должен стать этапом создания общей теории психотерапевтического метода, в котором будут синтезированы соответствующие теоретические и практические знания медицины, психологии, социологии, психолингвистики, философии, нейрофизиологии и др. Частная психотерапия практически давно существует и нередко достаточно успешна в лечении больных. Но пока использование психотерапии идет не от клинической картины и личности пациента к выбору методики, а от методики (техники и даже приема) к синдрому, а нередко и личности, что сегодня нельзя считать достаточно полным и правильным, так как должно быть, наоборот, т. е. от клинической картины, поведения и личности пациента к выбору методики или их интеграции на разных этапах течения и регресса болезни (расстройства) психотерапевтических, терапевтических и, если необходимо, то и хирургических методик, добиваясь реадaptации, реабилитации и улучшения качества жизни.

Список литературы

1. Александров, А. А. *Интегративная психотерапия*. – СПб.: ПИТЕР, 2009. – 352 с.
2. Исурина, Г. Л. *Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы*. – Коллективная монография к Всероссийской научно-практической конференции. К 85-летию Ю. Ф. Полякова. – М., 2013. – С. 13-14.
3. Степин, В. С. *История и философия науки*. – М., 2011. – 356 с.
4. Эйдемиллер, Э. Г. *Российский психиатрический журнал*. – М., 2012. -№4.-С. 83-87.

ПРОЕКТ ОПРОСНИКА «ПОЛЕЗНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ»

Нюхалов Г. А.

*Оренбургский областной психотерапевтический центр ГБУЗ
«Оренбургская областная клиническая психиатрическая
больница № 2», Россия*

В психотерапии продолжают споры об эффективности, о необходимости интеграции, о преимуществах и недостатках прагматизма, плюрализма и эклектизма. Однако присутствие трёх составляющих практически любого психотерапевтического процесса (клиент, психотерапевт, среда взаимодействия) обычно не подвергается сомнению. Таксономия этих факторов затрудняет оценку эффективности психотерапии. Эффективность определяется как способность продуктивно достигать поставленных целей с минимальными затратами. С учётом совершенно отличающихся друг от друга целей в различных направлениях психотерапии определение эффективности того или иного подхода становится затруднительным. Предлагается ввести термин «полезности психотерапии». Полезность определяется как способность удовлетворить какую-нибудь человеческую потребность и скорее является синонимом терминов «благополучие», «удовлетворение». При возможности достаточной объективизации определение полезности психотерапии может дать большую информацию о структуре, целесобразности и результате психотерапевтической работы. В этой связи нами разработан проект внедрения опросника «полезности психотерапии». Исследование проводится на базе ООПЦ «ООКПБ № 2». На первом этапе и клиенту, и психотерапевту, работающему с этим клиентом, на последней консультации предлагается независимо друг от друга ответить на несколько открытых вопросов о ходе лечения. После идентификации и тем, и другим прошедшего процесса психотерапии оба указывают: «Что, кроме медикаментозного лечения, было полезным в ходе работы?» после достижения статистически значи-

мого числа анкетированных, исследование переходит на второй этап. Проанализировав ответы, составляется список «психотерапевтических факторов», выделенных на первом этапе, которые считаются «полезными» и включаются в опросник, например: «доверительная беседа, разъяснение, принятие, возможность свободно выражать эмоции» и др. Третий этап сходен с первым, когда по окончании психотерапии из предложенного списка «факторов» и клиент, и психотерапевт независимо выделяют те, которые являлись ведущими, и происходит их сопоставление. Четвёртый этап включает в себя ранжирование факторов «полезности психотерапии», стандартизацию, валидизацию опросника, а также корреляцию с клиническими изменениями, медикаментозным лечением и другими шкалами. Предполагается, что опросник предоставит возможность качественно исследовать структуру психотерапевтической интервенции, сопоставить оценки клиента и психотерапевта, объективизировать ход работы на различных этапах, а также стать точкой интеграции различных психотерапевтических направлений на уровне термина «полезность» и на основе выделения «терапевтических факторов».

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКИ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ КАК НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ ЭФФЕКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ТЕРАПИИ

Павленко В. П.

*Западно-Казахстанский государственный медицинский
университет им. М. Оспанова, Актобе, Казахстан*

Конец XX – начало XXI столетий ознаменовались стремительным развитием компьютерных и информационных технологий. Изобретение компьютера ускорило развитие многих отраслей промышленности, систем связи, качественно изме-

нило принцип работы различных административных учреждений, значительно расширило возможности в сфере образования. На сегодняшний день отмечается неуклонный рост числа пользователей компьютерами и Интернетом, знакомство с компьютером начинается с детских лет и продолжается на всех этапах образования и профессиональной деятельности. Компьютер стал не только инструментом для работы, зачастую определяющим конечный результат труда, но и явлением, способным вызывать положительные эмоции, ощущение удовольствия, эйфорию, влияющим на сознание, поведение человека, его межличностные контакты и отношения. Неудивительно, что взаимодействие между пользователями компьютером и информационными технологиями привело к появлению качественно нового психологического феномена – зависимости от Интернета (компьютерная зависимость, интернет-аддикция, нетаголизм, кибераддикция, виртуальная аддикция) [2]. Несмотря на то, что сегодня интернет-аддикция по своей медико-психологической и социальной значимости для общества находится в ряду таких распространенных аддикций, как наркомании, алкоголизм, патологическое влечение к азартным играм, самостоятельным психическим расстройством она не определена. До сих пор в достаточной степени не изучены основные патогенетические звенья формирования и поддержания интернет-аддикции, не разработаны в полной мере универсальные диагностические критерии и эффективные меры профилактики и терапии данной зависимости.

Интернет-зависимость обладает некоторыми характеристиками уже известных и изученных аддикций: пренебрежение важными вещами в жизни из-за аддиктивного поведения, разрушение отношений аддикта со значимыми людьми, раздражение или разочарование значимых для аддикта людей, скрытность или раздражительность, когда люди критикуют это поведение, чувство вины или беспокойства относительно этого поведения, безуспешные попытки сокращать это пове-

дение [1]. Среди описанных в МКБ-10 расстройств наиболее близкое состояние – «патологическое влечение к азартным играм» (F63.0). Клиническая картина патологической склонности к азартным играм, ее динамика, принципы профилактики и терапии могут служить моделью для описания аналогичных параметров при интернет-зависимости. Вместе с тем целый ряд исследователей выделяют специфические, присущие только интернет-аддикции признаки.

Согласно результатам различных исследований, распространенность интернет-зависимости составляет от 1% до 5% населения [3, 5]. Считается, что данному виду зависимости более подвержены гуманитарии и люди, не имеющие высшего образования, нежели специалисты по компьютерным сетям. Наиболее уязвимый контингент – это старшие школьники, среди которых распространенность признаков, указывающих на возможную интернет-аддикцию, в некоторых регионах составляет до 38% [4].

В рамках реализации научно-технической программы совместно с Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании обследованы 617 учащихся общеобразовательных школ 15-18 лет. Исследование проводилось с использованием метода скрининговой диагностики компьютерной зависимости Л. Н. Юрьевой, Т. Ю. Большот, теста на интернет-зависимость Чена.

При анализе полученных результатов было установлено, что большая часть учащихся (83,1%) находится вне зоны риска, умеренно использует интернет-ресурсы. В группу риска вовлечения в интернет-зависимость попадает 15,7% испытуемых. Предварительно диагностировать интернет-аддикцию можно у 1,2%, из них ежедневное и свыше 4 часов проведение за компьютером отметили 87,3% респондентов. 37,8% испытуемых из группы учащихся с признаками интернет-зависимости отметили чувство дискомфорта вне компьютера и сети, 21,1% – чувство пустоты, 17,2% – беспокойство, 1,9% –

раздражительность. 33,1% респондентов из этой группы отмечали наличие головной боли, болей в спине, постоянное чувство усталости, проблемы со зрением. Кроме того, 45,6% подростков из обсуждаемой группы отметили снижение успеваемости в школе и конфликты с родителями, связанными, на их взгляд, с чрезмерным увлечением компьютером.

Полученные результаты, несомненно, подчеркивают необходимость проведения терапевтических мероприятий в отношении подростков с выявленными признаками интернет-аддикции. В нашем представлении терапия интернет-зависимости должна включать 3 этапа:

1-й этап – консультативно-диагностический (или этап первичной аддиктологической помощи), на котором уточняют характер и степень имеющихся расстройств, устанавливают диагноз компьютерной зависимости. Далее проводят процедуру семейного и индивидуального аддиктологического консультирования с преимущественным когнитивно-поведенческим и мотивами, в результате чего у подростка и его родителей должны быть сформированы достаточно адекватные представления о способах освобождения от зависимости. Длительность прохождения данного этапа определяется индивидуально.

2-й этап – коррекционно-терапевтический – включает медикаментозную коррекцию имеющихся расстройств. В случае легких расстройств невротического спектра назначается настойка пустырника по 20-30 капель три раза в день. С целью воздействия на обсессивно-компульсивную симптоматику (синдром патологического влечения), а также на тревожный и депрессивный спектр расстройств используют селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин, циталопрам в средних дозировках. Длительность этапа – 2-3 месяца.

3-й этап – противорецидивной и поддерживающей терапии – предполагает реализацию тренинговой программы по формированию высоких уровней психологического здоровья.

Конечными индикаторами эффективности терапии являются факты долговременного контроля за компьютерным временем при одновременной редукации психопатологических проявлений и статистически значимый рост показателей психологического здоровья.

Список литературы

1. *Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В. Д. Менделевича.* – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
2. Юрьева, Л. Н., Большот Т. Ю. *Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика.* – Днепропетровськ: Пороги, 2006. – 192 с.
3. Griffiths, M. D. *Internet addiction – time to be taken seriously? // Addiction Research.* – Oct. V. 8. – № 5. – 2000.
4. Kim, K., Ryn G., Chon M. Y., Yeun G. I., Choi S. Y., Seo Y. S., Nam B. W. *Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: Agnestionnaire survey // International Journal of Narsing Stadies, Article in Press.* – 2005.
5. Young, K. S. *Internet addiction: The emergence of a new clinical disorders // Cyber Psychology and Behavior.* – V. 1. – 1998.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЕЙ В СОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сарычева М. А., Радионова О. И.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», Россия

Многочисленные исследования показывают, что существенную долю в структуре заболеваемости составляют психосоматические расстройства. На них приходится 30-70% от числа обратившихся за помощью к врачам общего профиля. По данным А. Б. Смудевича, в территориальные поликлиники обращаются до 38,0% больных соматизированными психическими

расстройствами. Страдающие психосоматозами длительное время, иногда годами, безуспешно лечатся у врачей других специальностей, нередко переходя от одного врача к другому.

Во многих работах подчеркивается особая роль психотерапии в помощи психосоматическим больным. Эмоциональный стресс и связанные с ним психосоматические расстройства представляют собой сферу, в которой психотерапия может быть основным или даже единственным методом лечебного воздействия. Психотерапия при психосоматической патологии должна быть направлена на устранение симптомов расстройств поведения, неадекватных личностных реакций; уменьшение клинических проявлений заболевания; восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определили возникновение заболевания и развитие невротических «наслоений»; повышение социального функционирования больного, реадaptацию в семье и обществе; повышение эффективности лечебных воздействий биологического характера.

В связи с вышеуказанными основными задачами психотерапии являются коррекция и предупреждение психосоматических нарушений; психологическая адаптация к условиям внешней среды; обучение здоровому образу жизни и навыкам преодоления стресса; выработка адаптивных форм реагирования необходимых для восстановления полноценного социопсихологического функционирования.

При психосоматических заболеваниях применимы все методы и техники, которые имеются в арсенале врача. Наиболее часто применяется динамическая психотерапия. Эта методика в основном поддерживающая, сфокусированная на определении стратегии, направленной на разрешение реальных проблем и обеспечение социальной поддержки. Эффективно используются поведенческая, когнитивная, личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия. Пригодной оказывается модифицированная модель гуманистической психотерапии с акцентом на эмоциональную поддержку, эмпатию. Разговорная

терапия в структуре текущих взаимоотношений врача и больного нацелена на переубеждение пациента и укрепление его сил. При психосоматических заболеваниях востребованными являются суггестивные методики. Широко применяются различные антистрессовые методики релаксации и снятия напряжения. Хорошие результаты дает использование биологической обратной связи. Телесно-ориентированная психотерапия является одним из методов, применяемых при психосоматических расстройствах. Одной из телесно-ориентированных техник является метод структурной психосоматики.

Использование психофармакологических препаратов создают благоприятный фон для проведения психотерапии, снижая уровень тревоги и способствуя трансформации психологических защит, редукации сформировавшихся на базе тревоги психопатологических синдромов, ослаблению эмоционально-обусловленных искажений восприятия оценки окружения и собственных реакций, улучшая таким образом интеграцию поведения и социальное взаимодействие пациента и, кроме того, делая взаимодействие врача и больного более продуктивным. Фармакотерапия психосоматических расстройств предполагает использование широкого спектра психотропных средств, в первую очередь – анксиолитиков, а также антидепрессантов, ноотропов и нейролептиков с учетом их взаимодействия с соматотропными препаратами.

В ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница» в течение 2012 года консультировано 1250 больных с соматической патологией, из них 88% нуждались в психокоррекционных мероприятиях. Возраст обследуемых больных – 35-60 лет, из них женщины составили 75%, мужчины – 25%. Алгоритм обследования пациентов включал в себя осмотр врача-психотерапевта. Распределение больных по соматической нозологии было следующим: больные с сосудистой патологией составили 43%, с бронхолегочной – 12%, с заболеваниями периферической нервной системы – 14%, с нарушением пищевого поведения –

20%, с ревматологической патологией – 7%, с хирургической – 4%; из 1250 пациентов 64% больных были с реакцией на свое заболевание, а 36% – с соматоформными расстройствами. В процессе психокоррекционной работы с применением различных методик были получены следующие результаты: пациенты осознали последствия нарушения эмоциональной психогигиены для психического и физического здоровья, а также связь между эмоциями, психотравмой и физиологическим состоянием. Больные получили помощь в формировании собственных неадаптивных убеждений и их последствий, произошла актуализация личностного ресурса, сформировалась позитивная мотивация к лечению. Благодаря проводимой психотерапии совместно с применением психофармакотерапевтических препаратов эффективность лечения значительно увеличилась, удалось снизить дозы гипотензивных препаратов, анальгетиков; больные стали более активными и делали больше попыток поддерживать тот уровень жизни, который они имели до болезни.

Таким образом, при психосоматических заболеваниях могут быть использованы различные виды и техники психотерапии, выбор которых зависит от нозологии заболевания, тяжести соматического состояния, наличия невротических расстройств, возраста и мотивации больных. Психотерапия должна стать основной и неотъемлемой частью медико-психосоциальной помощи психосоматическим больным. Целесообразно сочетать психотерапию с фармакотерапией. Психофармакотерапия может использоваться у психосоматических больных в общесоматической сети, но при этом необходимо учитывать соматическое состояние пациентов, наличие невротических нарушений, взаимодействие с соматотропными средствами.

Список литературы

1. *Психосоматическая медицина: руководство для врачей / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова, под ред. акад. РАМН П. И. Сидорова.* – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с.: ил.

2. Смулевич, А. Б. *Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи)* // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 35-39.

3. *Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела* / Г. В. Старшенбаум. – Изд. 2, перераб. и доп. – Ростов-н/Д.: Феникс, 2012. – 350 с.

4. Дереча, В. А. *Психология и психопатология личности: учебное пособие* / В. А. Дереча. – 2-е изд., дополненное. – Оренбург: ГУ «РЦРО», 2009. – 350 с.

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ И ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ

Смирнова Д. А., Черняев В. И.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный
медицинский университет», Россия*

Несмотря на обширный массив исследований и экспоненциальный рост публикаций в рамках развивающейся шизофренологии, этиопатогенез шизофрении до сих пор остается недостаточно изученным (А. Б. Шмуклер, 2011). Шизофрению называют «наихудшим заболеванием, затронувшим человечество», фармакотерапевтическое лечение которого оценивается как «только умеренно эффективное» (Tandonetal, 2008). В настоящее время активное внимание уделяется разработке концепции нейрокогнитивного дефицита, в рамках которой нарушения речи рассматривают как один из ядерных симптомов расстройства. Искажения речи при шизофрении описывали еще классики психопатологии (Bleuler, 1911; Kraepelin, 1919). В качестве критериев расстройства уже в классификатор DSM III были введены часть из 18 характерных симптомов нарушений речи (Andreasen, 1979), а профессор Т. Crow (2000) на основании ряда обзоров и генетических исследований

утверждает, что возникающие в рамках человеческой эволюции психозы являются «расплатой Homo Sapiens за язык». Нейробиологические исследования подтверждают характерное для шизофрении поражение тех зон головного мозга, которые связаны с функциями речи (DeLisi, 2001; Marini et al, 2008). Детальное изучение речевого феномена при шизофрении позволяет прояснить патогенетические аспекты болезни и переоценить направления комплексной терапии.

Целью работы явилось изучение клинических и лингвистических характеристик и их взаимосвязи у больных с параноидной шизофренией при первом психотическом эпизоде (ППЭ) и хроническом течении (ХШ).

Материалом послужили записи устной речи 33 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 55 лет (ППЭ (n=15), ХШ (n=18)) на этапах выписки и психосоциальной реабилитации на базе Самарской психиатрической больницы и 16 здоровых субъектов группы контроля. Методами исследования выступили клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический (PANSS, тесты на мышление, внимание, память), психолингвистический и статистический.

Результаты исследования показали, что нарушения речи при ППЭ преобладающим образом укладываются в рамки позитивной (семантические доминанты) и негативной дименсий (блокирование, формальная речь), а при ХШ в равной мере присутствуют симптомы дезорганизации (инкогерентность, соскальзывание, отвлекаемая речь) и негативные (бедность речи, бедность содержания, блокирование), что подтверждает теорию о прогрессирующем нарастании дезинтеграции психических функций, в том числе речи, с течением болезни. При этом степень и спектр речевых нарушений не связаны с выраженностью расстройств мышления, а симптомы дезорганизации речи, общая тяжесть состояния и нарушения внимания обнаруживают положительную взаимосвязь.

Полученные данные свидетельствуют в пользу гипотезы о нарушении речи как отдельном и клинически значимом симптоме при шизофрении, являющимся индикатором общей тяжести состояния, затрудняющим социальную адаптацию и влияющим на качество ремиссии и требующим соответствующей терапевтической коррекции в дополнение к фармакотерапии.

ОТДЕЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Харин П. В.¹, Васильева А. В.², Антохин Е. Ю.³, Харина Е. А.¹

*¹ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница № 1», Россия*

*²Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, Россия*

*³ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная
медицинская академия» Минздрава РФ, Россия*

Данные последних лет указывают на рост и увеличение числа затяжных форм невротических расстройств, что связывают, в том числе, с кризисными явлениями современного общества [2, 3]. Отмечается трудная курабельность данного контингента больных, обусловленная как недостатками диагностики, так и лечения в силу малой разработанности методов патогенетической терапии [1-5]. Подчёркивается необходимость дифференциации больных с затяжными формами неврозов от других форм психопатологии с наиболее ранним выделением среди пациентов с неврозами групп риска по формированию затяжного течения [4, 5]. Своевременное планирование психотерапии как главного этиопатогенетического метода лечения этой патологии и правильный выбор между краткосрочной и долгосрочной его формой значительно повысит эффективность лечения.

С целью оценки предикторов затяжного течения невротических расстройств обследовано 109, отвечающих критериям

МКБ-10 (F 40 – 48), пациентов. Методы исследования: клиническое интервью, дающее количественную оценку симптоматики, определяющее характер расстройства, которое представлено симптомами и синдромами, их смысловое взаимодействие, какова личностная организация данного пациента, в каком социальном контексте возникло данное заболевание, особенности социальных условий формирования личности; клинко-психопатологический с объективизацией по клинической шкале самоотчёта SCL – 90 – R; патопсихологический – тест ISTA Г. Аммона, методика определения эффективности механизмов регуляции нарциссической системы личности F. W. Deneke и В. Hilgenstock, методика по выявлению психологических защитных механизмов опросником LSI; статистический непараметрический U-критерий Манна – Уитни, коэффициент ранговой корреляции r-Спирмена.

Анализ полученных результатов позволил определить социально-психологические предпосылки, ведущие к хронификации невротических расстройств.

Для лиц с тенденциями к затяжным формам течения невротозов анамнестически характерны: рождение вне брака, авторитарное поведение отца, отсутствие у родителей постоянной работы, неудовлетворенность в семейных отношениях, трансгенерационное наследование (повторение конфликтной проблематики на протяжении нескольких поколений).

В психическом статусе наблюдаются такие особенности, как трудности в конкретизации жалоб, реакции протеста-сопротивления, предлагаемому врачом психологическому объяснению болезни, утрата ситуативности чувства тревоги, симптомы перестают быть эго-дистонными и служат средством «коммуникации». По данным опросника SCL-90-R выявляются более высокие показатели, чем определено для невротических больных, что может трактоваться как высокий уровень диффузной, свободно плавающей тревоги, проявляющейся в ощущении неблагополучия во всех сферах, а также как стрем-

ление пациента определить себя как крайне тяжелого больного с большим количеством тяжелых симптомов. Также выявляется повышение показателей по шкалам «враждебность», «фобическая тревожность» и «паранойяльность».

По тесту Г. Аммона (ISTA): высокие показатели по шкалам «деструктивного внешнего Я-отграничения» и «дефицитарного нарциссизма», указывающие на эмоциональную закрытость, безучастность к происходящему, отсутствие стабильного чувства собственной ценности, игнорирование собственных подлинных интересов. Эти данные определяют потребность пациентов в длительной психотерапии и могут лишь усугубляться при проведении краткосрочных методик с интенсивной конфронтацией.

Методика определения эффективности механизмов регуляции нарциссической системы личности Deneke и Hilgenstock выявила значительную удаленность от показателей «идеально сильной личности» по шкалам «симбиотическая защита», «социальная изоляция», «дереализация-деперсонализация», «бессильное Self», что указывает на склонность переживать тотальную беспомощность в стрессовых ситуациях, негативную самооценку, низкий уровень личностной интеграции.

Методика по выявлению психологических защитных механизмов (опросник LSI) показала преобладающее использование незрелых их форм, таких как отрицание, соматизация, регрессия и вытеснение, определяя снижение адаптационных возможностей пациента. По своей функции вытеснение препятствует восприятию и оценке болезненной конфликтной информации и соответственно блокирует поведение, направленное на разрешение конфликта. Отрицание способствует игнорированию наличия либо неприятных переживаний у самого пациента, либо неприемлемого фактора внешней среды. Следствием этого становится стремление к избеганию ситуаций, где возможна конфронтация с отрицаемой информацией. Соматизация – механизм переработки эмоционального напряжения в физическое

недомогание. Этот механизм во многом лежит в основе ипохондризации. Предъявление жалоб в подробной, детализированной, иногда причудливой манере с использованием нетипичного набора слов и красочных описаний и сравнений уже при первой беседе может указывать на склонность к формированию затяжного течения расстройства. Регрессия – возвращение на более ранние этапы индивидуального психологического развития.

Все описанные предпосылки к затяжному типу течения невротического расстройства сами по себе не имеют решающего значения, их следует учитывать лишь в совокупности. Тогда в итоге у лечащего врача будет более полное представление о больном, его болезни и возможном прогнозе, что позволит правильно спланировать лечебно-реабилитационные мероприятия, в частности решить вопрос о выборе между краткосрочной либо долгосрочной психотерапией.

Список литературы

1. (Ammon G.) Аммон, Г. *Динамическая психиатрия*. Пер. с нем. – СПб.: изд-во Психоневрологического НИИ им. В. М. Бехтерева, 1995.
2. Будза, В. Г., Антохин Е. Ю. *Неврозы позднего возраста*. – Оренбург: Изд-во ОрГМА, 2011. – 284 с.
3. Будза, В. Г., Антохин Е. Ю. *Возрастные и гендерные особенности невротических расстройств*. – М., 2011. – 44 с.
4. Васильева, А. В., Белогорцев Д. О., Васильева А. В., Караваева Т. А. *Затяжные формы невротических расстройств – актуальное состояние проблемы // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. – 2011. – № 8. – С. 35-41.
5. Васильева, А. В. *Значение клинического интервью для определения причин затяжного течения невротических расстройств (в связи с планированием психотерапии) // Психическое здоровье*. – 2011. – № 11. – С. 33-36.

ПРОТИВОАСТЕНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЦИТОФЛАВИНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Шабанов П. Д.¹, Павленко В. П.², Востриков В. В.³

¹Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова МО РФ,
Санкт-Петербург, Россия

²Западно-Казахстанский государственный медицинский
университет им. М. Оспанова, Актобе, Казахстан

³Ленинградский областной наркологический диспансер,
Ленинградская область, Всеволожский район,
д. Новое Девяткино, Россия

Дизайн исследования представлен открытым двойным слепым плацебо-контролируемым рандомизированным сравнительным клиническим исследованием, где изучалась эффективность препарата «Цитофлавин» в качестве антиастенического средства у 30 больных мужского пола в возрасте от 39 до 42 лет ($40,3 \pm 1,2$) с алкогольной зависимостью в постабстинентном периоде, перенесших синдром отмены алкоголя средней степени тяжести и в период ремиссии (не менее 1 мес.). Верификацию алкогольной зависимости проводили на основе клинической картины, анамнестических сведений и психологических тестов (тест мотивации потребления алкоголя, методика Холмса и Раге на определение стрессоустойчивости и социальной адаптации). Психологическое состояние больных в динамике оценивали с использованием пакета стандартных психологических тестов: тест Л. И. Вассермана (уровень невротизации), тест Спилберга (уровень тревожности), шкала депрессии Гамильтона (HDRS), самооценки самочувствия по тесту САН (самочувствие, активность, настроение), степени выраженности влечения к алкоголю.

Первичные критерии эффективности «Цитофлавина» верифицировались статистически значимым снижением и/или редукцией аффективных расстройств. Достоверность различий

оценивалась по t-критерию Стьюдента для попарно сопряженных вариантов. «Цитофлавин» вводили в/в капельно в течение 40-60 мин., один раз в сутки в дозе 10 мл в 250 мл 0,9% раствора NaCl, курсом в 5 дней. Частота, дозировка и временные условия введения плацебо (250 мл 0,9% раствора NaCl) соблюдались те же, что и в исследуемой группе.

Проведенное исследование показало неоднозначное действие «Цитофлавина» в исследуемых группах на динамику изменения психологических показателей в постабстинентном периоде и в период ремиссии:

- снижение невротизации, ситуативной тревожности и влечения к алкоголю в постдетоксикационной и возрастание в ремиссионной группах;
- выраженное снижение личностной тревожности и депрессивного состояния;
- выраженные улучшение самочувствия, повышение активности;
- повышение настроения в постдетоксикационной и снижение в ремиссионной группах.

Неоднозначное влияние «Цитофлавина» в выделенных группах позволяет предположить, что положительное действие препарата в постабстинентной группе может объясняться достаточно выраженными нарушениями гомеостаза обменно-энергетических процессов в организме после длительной алкоголизации и составом препарата, позволяющим быстро восстанавливать данные нарушения, отрицательное действие препарата в ремиссионной группе – наличием стабильного (сбалансированного) состояния гомеостаза, когда введение достаточно энергетически активного препарата вызывает нарушения в регулирующих системах.

Содержание

Авеличев В. К.

Психотерапевтические мишени нонкомплаенса при ипохондрии в интегративном аспекте 3

Аманжулов Г. Х., Хамитова Ж. М., Зайнуллин С. В., Кубаева Р. М., Павленко В. П., Бомов П. О.

Эффективность применения актовегина и цераксона в терапии посттравматической церебрастении 7

Бабин С. М., Корюкин А. М., Пустотин Ю. Л.

Новая общественная организация профессионалов в области психического здоровья 11

Белова О. С., Васильева Е. Н.

Работа с детьми, оставшимися без попечения родителей (социальный аспект) 16

Белова О. С., Васильева Е. Н.

Ранний детский аутизм – проблемы и пути их решения 19

Бобкова Е. Н., Иващенко Д. М.

Работники СМП в условиях риска 23

Бомов П. О., Веретенцева Т. В., Смирнова С. А., Городошникова И. В.

Клинико-социальная характеристика пациентов с поздневозрастным дебютом депрессивных расстройств 28

Будза В. Г., Антохин Е. Ю.

Основополагающие факторы создания психотерапевтической среды в лечебном (психиатрическом) учреждении 29

Востриков В. В., Шабанов П. Д., Павленко В. П.

Применение препарата гипоксен в комплексной терапии пациентов с алкогольной зависимостью в постабстинентном периоде 34

Гайсина Р. И., Харина Е. А., Антохин Е. Ю., Харин П. В., Иванова О. С.

Диагностическая и лечебная роль протекторных структур личности больных биполярным аффективным расстройством II типа 36

Дементьева И. А., Соколов Д. А., Гусакова З. С. Соотношение потребностей в психофармакотерапии и психотерапевтическом воздействии среди пациентов геронтопсихиатрического центра	40
Друзь В. Ф., Олейникова И. Н., Алимova Л. В., Блинникова Е. А., Баширов Р. И., Якушина А. М.	
Психокоррекционная работа с пожилыми одиноко проживающими психически больными в условиях диспансера	43
Ивашиненко Д. М., Бобкова Е. Н.	
Применение ТЭС в лечении тревожно-депрессивных расстройств	48
Козлов Я. С., Антохин Е. Ю.	
Особенности комплексной терапии больных шизофренией в условиях отделения первого психотического эпизода (5-летний катамнез)	53
Кунафина Е. Р., Курамшина З. А.	
Психосоциальная реабилитация и психокоррекция психически больных, находящихся на принудительном лечении	57
Кунафина Е. Р., Николаев Ю. М.	
Групповая психотерапия больных шизофренией в условиях принудительного лечения	61
Курбатова О. А.	
Депрессия у пациентов кардиологического стационара: психопатологические особенности и проблемы лечения	65
Носачев Г. Н., Носачев И. Г.	
Роль и место духовной составляющей в биопсихосоциальной концепции психотерапии	69
Носачев Г. Н., Носачев И. Г., Дубицкая Е. А., Смирнова Д. А.	
Психофармакотерапия и психотерапия пограничных психических расстройств: границы и взаимосвязи	73
Носачев Г. Н.	
Существует ли интегративная психотерапия?	78
Нюхалов Г. А.	

Проект опросника «полезности психотерапии»	82
Павленко В. П.	
Результаты скрининг-диагностики рисков вовлечения и компьютерной зависимости как необходимость разработки эффективных технологий терапии	83
Сарычева М. А., Радионова О. И.	
Целесообразность применения психотерапии в сочетании с психофармакотерапией в соматической практике	87
Смирнова Д. А., Черняев В. И.	
Нарушения речи у больных параноидной шизофренией при первом психотическом эпизоде и хроническом течении	91
Харин П. В., Васильева А. В., Антохин Е. Ю., Харина Е. А.	
Отдельные предикторы затяжного течения невротических расстройств	93
Шабанов П. Д., Павленко В. П., Востриков В. В.	
Противоастенические эффекты цитофлавина в терапии больных с алкогольной зависимостью	97

Верстка А. Л. Кондратюк

Издательство ОрГМА
460000, Советская, 6
тел/факс (3532) 77-99-25

Подписано в печать 22.05.2013 г.

Сдано в печать 22.05.2013 г.

Формат 60 x 90/16.

Заказ № 679

Тираж 50 экз.

