

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
Ассоциация врачей общей практики (Семейных врачей) РФ  
Ассоциация молодых медицинских специалистов

IV Ежегодная межвузовская научно-практическая конференция  
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ  
И ПЕРСПЕКТИВЫ-2018»

(Москва, 22 марта 2018 г.)

Сборник тезисов

Москва  
2018

СБОРНИК ТЕЗИСОВ IV Ежегодной межвузовской научно-практической конференции «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ-2018» -  
Москва: ООО «СИНАПС», 2018 – 132 стр.  
ISBN 978-5-9909002-3-3

Отв. редактор – Медведев В.Э., к.м.н., доц.

ISBN 978-5-9909002-3-3

© ООО «СИНАПС», 2018

© Авторы, 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

### Общая медицина

<b>Моисейчева О.В.</b> Клинико-психопатологические особенности депрессивного состояния пациентов с сопутствующей соматической патологией и различной частотой обращаемости за общемедицинской помощью .....	7
<b>Щербаков Г.И.</b> Эмоционально-личностная характеристика больных анкилозирующим спондилитом, осложнённой анемией .....	9
<b>Джураева Э.Р., Алиева К.К.</b> Влияние психосоматического фактора на клиническое течение ревматоидного артрита .....	12
<b>Черенков А.А., Уваров И.А., Тихомирова Г.И., Русских Е.А., Нафиков А.Р.</b> Особенности проявления психосоматической патологии в условиях пенитенциарной системы .....	14

### Кардиология

<b>Кенжаев А.Б., Магзумова Ш.Ш., Матьякубова М.К., Турсунов М.Т.</b> Гендерные различия уровня тревожности у пожилых больных с гипертонической болезнью .....	17
<b>Бойко С.Л., Соколовская С.В.</b> Фибрилляция предсердий и тревожно-депрессивные нарушения (корреляции и динамика) .....	18

### Гастроэнтерология

<b>Печерских М.В., Ефремова Л.И., Шаверская Э.Ш.</b> Влияние вегетативных расстройств и психоэмоциональных нарушений на течение хронического некалькулезного холецистита .....	21
--	----

### Акушерство и гинекология

<b>Грива Д.В., Грива Р.А.</b> Некоторые особенности психического состояния беременных на поздних сроках гестации .....	24
<b>Сайдалиходжаева Д.Г., Бахриев Б.Р.</b> Расстройства эмоций у беременных женщин .....	26

<b>Михеева О.В., Толкачев А.С.</b> Подготовленные роды в перинатальном центре .....	28
<b>Грива Д.В., Грива Р.А.</b> Влияние продолжительного грудного вскармливания на психоэмоциональное состояние женщин .....	31
<b>Ходжаева Н.И., Матякубова М.К.</b> Современные методы лечения тревожно-депрессивных расстройств климактерического периода у женщин .....	33
<b>Урология</b>	
<b>Арпентьева М.Р.</b> Урологическая психосоматика .....	36
<b>Онкология</b>	
<b>Суетина О.А., Кравченко Н.Е.</b> К проблеме психических расстройств в процессе противоопухолевого лечения детей и подростков .....	39
<b>Белозёр А.С., Петрова Н.Н.</b> Диагностика состояния психических функций у больных раком яичников .....	41
<b>Хирургия</b>	
<b>Гребень Н.Ф.</b> Особенности личности ортопедических больных, перенесших хирургическое вмешательство .....	44
<b>Неврология</b>	
<b>Зайцев О.С.</b> Нейрометаболические стратегии в терапии психопатологических последствий тяжелой черепно-мозговой травмы .....	47
<b>Зайцев О.С., Минаева Г.С., Каменецкая М.И.</b> Выбор антидепрессанта после тяжелой травмы мозга .....	49
<b>Давлетярова У.М.</b> Лечение психических нарушений у больных с посттравматической эпилепсией .....	52
<b>Десятниченко И.В., Вишняков Ю.В.</b> Дифференцированный подход к медикаментозной противодементной терапии пациентов гериатрических интернатов .....	53
<b>Психиатрия</b>	
<b>Косинский В.П., Смирнова Т.В.</b> Феноменология нервной анорексии .....	56

<b>Бабарахимова С.Б., Адашвиев Х.А.</b> Спектр аффективных нарушений у подростков с нервной анорексией .....	58
<b>Ягубов М.И., Кан И.Ю., Кибрик Н.Д.</b> Хроническая тазовая боль: психосоматический аспект .....	60
<b>Абдуллаева В.К.</b> Эмоционально-личностные особенности детей, страдающих тревожно-фобическими расстройствами .....	62
<b>Абдуллаева В.К.</b> Психологические особенности пациентов с тревожно-фобическими расстройствами невротического уровня .....	64
<b>Митина Ю.В., Гаврилова Н.А.</b> Психические расстройства специалистов нефтедобывающего комплекса, работающих в местности, приравненной к условиям крайнего севера .....	67
<b>Абдуллаева В.К., Мамакаримов О.М.</b> Клинические особенности параноидной шизофрении, ассоциированной со стрессом .....	70
<b>Брюхин А.Е., Оконишникова Е.В., Линева Т.Ю.</b> Качество жизни у пациентов с расстройством пищевого поведения .....	72

### **Наркология**

<b>Клименко Т.В., Шахова С.М., Игумнов С.А., Лобачева А.С., Николкина Ю.А.</b> Клиническая картина и подходы к терапии зависимости от синтетических каннабиноидов ...	75
<b>Абдуллаева В.К.</b> Особенности мотивационной направленности больных опийной наркоманией .....	79
<b>Меликсетян А.С.</b> Роль факторов, способствующих развитию рецидивов хронического алкоголизма у больных с короткими ремиссиями .....	81
<b>Кардашян Р.А.</b> Соматические, вегетативные и неврологические аспекты у учащихся общеобразовательных учреждений с разной степенью увлеченностью компьютерными играми .....	84
<b>Бабарахимова С.Б., Адашвиев Х.А.</b> Семейные отношения как детерминанты интернет-аддикции .....	89

### **Функциональная диагностика**

<b>Тимербулатов И.Ф., Ахмадеев Р.Р., Юлдашев В.Л., Евтушенко Е.М., Тимербулатова М.Ф.</b> Зрительные вызванные потенциалы как нейропсихологический маркер астенических состояний у пользователей компьютерами .....	91
<b>Ахмадеев Р.Р., Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л., Тимербулатова М.Ф., Евтушенко Е.М.</b> Критическая частота слияния мельканий как показатель астенизации у пользователей компьютером .....	93
<b>Срыбник М.А., Эльман К.А., Глазова О.А.</b> Сравнительная анализ психического напряжения учителей методом фазовых пространств .....	95

### **Психотерапия**

<b>Бычкова А.С.</b> Гипноз в психотерапии депрессии .....	98
<b>Арпентьева М.Р., Спиженкова М.А.</b> Психологическая консультативная помощь студентам с ОВЗ в условиях обучения в ВУЗе .....	101
<b>Михеева О.В., Архангельский С.М., Толкачев А.С.</b> Диагностика и психокоррекция расстройств, связанных с рождением и смертью .....	105
<b>Куликов Р.К.</b> Концептуальные аспекты психаналитических теорий в рамках изучения психосоматических расстройств в естественнонаучной парадигме .....	109
<b>Панюкова И.А., Федин Э.Е., Тер-Исраелян А.Ю., Федина Г.А., Загатина Ю.В.</b> О регулировании брачных, семейных и иных – квазибрачных отношений в российском праве и религиозными институтами как аспекте сексологической психотерапевтической и психологической помощи .....	111
<b>Захаров Р.И., Уваров И.А.</b> Этиопатогенетическая психотерапия психосоматических расстройств .....	125
<b>Кулемзина Т.В.</b> Коррекция психосоматических нарушений с учетом позиций традиционной восточной медицины .....	128
<b>Именной указатель</b> .....	131

**Моисейчева О.В.**

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С  
СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И  
РАЗЛИЧНОЙ ЧАСТОТОЙ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА  
ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

*Московский научно-исследовательский институт  
психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского»  
Минздрава России, Москва*

**Moiseycheva O.V.**

**CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF THE  
DEPRESSIVE STATE OF PATIENTS WITH CONCOMITANT  
SOMATIC PATHOLOGY AND DIFFERENT FREQUENCY OF  
TREATMENT FOR GENERAL MEDICAL CARE**

*Moscow research Institute of psychiatry – the branch of Federal  
state budgetary institution «National Medical Research Centre of  
Psychiatry and Narcology of a name of V. P. Serbsky» of the  
Ministry of health of Russia, Moscow*

**Актуальность.** Важность изучения проблемы сочетания депрессии и соматической патологии связана не только с большой распространенностью аффективных расстройств, но и с их негативным взаимовлиянием на течение и симптоматику как психического так и соматического заболеваний. У пациентов, страдающих депрессией, увеличена потребность в лечении и обращении в общемедицинские учреждения по сравнению с больными без психических расстройств [Simon G.E., 1992; Dowrick C.F. et al., 2000; Оганов Р.Г. и соав., 2004].

**Цель исследования** - выявление клинико-психопатологических особенностей депрессивного состояния у больных с разной потребностью в общемедицинской помощи по поводу сопутствующей соматической патологии.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 100 больных депрессией в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F31- 22 человека, F32 – 17, F33 - 61) в возрасте от 18 до 65 лет. Изученная выборка формировалась на основании констатации на момент обследования: 1) текущего депрессивного эндогенного эпизода; 2) наличия соматической патологии в стадии ремиссии. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, психометрический, клинико-анамнестический, статистический.

**Результаты.** На основании опроса пациентов, данных медицинских карт были собраны сведения об обострениях соматических заболеваний и обращениях по этому поводу в общемедицинские учреждения за период 1,5 года до обследования, что позволило разделить обследуемых на две группы. Группу без обращений (29 чел.), включающую пациентов, у которых соматические заболевания протекали за исследуемый период без эпизодов обострения, а также несколько человек, которые самостоятельно справлялись с заболеванием в короткое время, в клинической картине отличало наличие более выраженного чувства вины, снижения самооценки, обсессивно-компульсивные симптомы (тест Манн-Уитни). В группе с обращениями за общемедицинской помощью в обозначенный период (71 чел.), достоверно более выражены на момент обследования были физическая истощаемость, чрезмерная озабоченность здоровьем, соматическая тревога, моторная заторможенность, слабость, повышенное артериальное давление, задержка стула, выраженность телесных ощущений. Собственно аффективный (тоска, тревога, апатия, дисфория), волевой компоненты и некоторые другие симптомы депрессивного синдрома по своей выраженности у данных групп не различались.



**Заключение.** Наличие сопутствующих соматических заболеваний, обострения которых приводят к необходимости обращения в общемедицинские учреждения, и в стадии ремиссии привносит ряд особенностей в клиническую картину депрессии, в частности, превалирование симптомов астенического и «соматического» круга, в сравнении с больными, у которых отсутствует потребность в помощи врачей-соматологов.

**Щербаков Г.И.**

**ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ,  
ОСЛОЖНЁННОЙ АНЕМИЕЙ**

*ГБУЗ МО «Орехово-Зуевская ЦГБ», г. Орехово-Зуево, Россия*

**Shcherbakov G. I.**

**EMOTIONAL-PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS  
ANKYLOSING SPONDYLITIS COMPLICATED BY ANEMIA**

*GBUZ MO «Orekhovo-Zuevo Central city hospital», Orekhovo-Zuevo, Russia*

**Актуальность.** Анкилозирующий спондилит (АС) относится к хроническим воспалительным и непрерывно прогрессирующим ревматическим заболеваниям (РЗ), имеющим большое медико-социальное значение.

Хронический и прогрессирующий характер поражения суставов и позвоночника приводит к ухудшению качества жизни больных АС. Низкое качество жизни объясняется выраженной скованностью, болью, повышенной утомляемостью, тревогой за будущее и побочными явлениями проводимой медикаментозной терапии. Кроме того, для АС характерен чрезвычайно высокий уровень инвалидизации больных.

Являясь системным заболеванием, анкилозирующий спондилит (АС) сопровождается различными внесуставными проявлениями. Анемия является одним из наиболее частых гематологических нарушений у больных с РЗ и сопровождается постепенным её развитием, лёгкой либо умеренной степенью снижения гемоглобина, носит нормохромный характер, зависит от активности заболевания. Данные изменения являются предпосылкой формирования эмоционально-личностных расстройств у больных АС, осложненным анемией, и оценка психического состояния этих пациентов представляется необходимым компонентом диагностического комплекса.

**Цель исследования** – определить особенности нарушений в эмоционально-личностной сфере больных АС, осложнённой анемией.

**Материалы и методы.** В исследование приняли участие 97 мужчин с АС, диагностированным на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев, среди которых были пациенты, с клинически выявленной анемией, а также без данной патологии. Из них у 47 (48,5%) пациентов была анемия легкой степени тяжести (средний уровень гемоглобина  $117,87 \pm 11,94$  г/л); у 50 (51,5%) пациентов анемии не было, средний уровень гемоглобина в данной группе составил  $144,92 \pm 12,72$  г/л. Больные АС с анемией и без неё были сопоставимы по возрасту, образованию, степени функциональной недостаточности, активностью болезни. Всем больным, включенным в исследование, был выполнен общий анализ крови, С-реактивный белок (СРБ).

Уровень тревоги оценивался по шкале Спилбергера-Ханина. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при  $p \leq 0,05$ . Каждый больной подписал «Информированное согласие» на участие в исследованиях.

**Результаты и их обсуждение.** В группах обследованных лиц реактивная тревожность (РТ) не превышала умеренной степени выраженности: 32 (29;37) балла в группе с анемией, 34 (29,38) балла – в группе пациентов без анемии. Различия между данными показателями были статистически незначимы ( $p=0,260$ ).

Наряду с этим, личностная тревожность (ЛТ) в группе больных АС с анемией была достоверно выше, чем аналогичный показатель пациентов группы без анемии: соответственно 37 баллов (32;39,5) и 31,5 балла (28,25;37),  $p=0,001$ . В группе пациентов с анемией прослеживались корреляционные связи ЛТ с гемоглобином (Hb) ( $p=0,05$ ,  $r=0,276$ ), средним объёмом эритроцита (MCV) ( $p=0,03$ ,  $r=0,344$ ), средней концентрацией Hb во всей пробе (МСНС) ( $p=0,04$ ,  $r=0,475$ ). При корреляционном анализе выявлена положительная корреляционная связь между СРБ и ЛТ ( $p=0,032$ ,  $r=0,827$ ), СРБ и РТ ( $p=0,05$ ,  $r=0,725$ ). В группе пациентов без анемии корреляционные связи между ЛТ и MCV ( $p=0,012$ ,  $r=0,584$ ), МСНС ( $p=0,043$ ,  $r=0,297$ ), СРБ ( $p=0,013$ ,  $r=0,359$ ). Корреляционных связей с РТ не выявлено.

Данные тестирования указывают на высокие показатели личностной тревожности, что характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги, беспокойством, эмоциональной неуравновешенностью, высокой психической реактивностью на соматическую патологию.

**Выводы.** Высокие показатели личностной тревожности среди пациентов АС с анемией свидетельствовали о большей выраженности психологического стресса. Учитывая триггерную роль психотравмы в обострениях АС, высокая личностная тревожность может формировать предпосылки для формирования более тяжёлого течения заболевания с частыми рецидивами.

**Джураева Э.Р., Алиева К.К.**

**ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ФАКТОРА НА  
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

*Ташкентская медицинская академия*

**Juraeva E.R., Alieva K.K.**

**THE INFLUENCE OF THE PSYCHOSOMATIC FACTORS ON  
THE CLINICAL COURSE RHEUMATOID ARTHRITIS**

*Tashkent Medical Academy*

**Актуальность.** Ревматоидный артрит (РА) – наиболее распространенное тяжелое хроническое воспалительное заболевание суставов, основными симптомами которого являются постоянные мучительные боли, деформация, деструкция и нарушение функции пораженных суставов, что значительно ухудшает качество жизни пациентов и приводит к их социальной дезадаптации.

**Цель исследования:** 1) выявить признаки депрессивности у больных РА и сопоставить результаты с интенсивностью клинической манифестации; 2) установить специфические психологические черты больных РА.

**Материалы и методы:** исследование было проведено в отделении кардиоревматологии I клиники ТМА на 30 больных РА, среди них 11 мужчин и 19 женщин, средний возраст – 43 ± 2,7 года, длительность заболевания от 3 до 14 лет. В качестве метода исследования был использован стандартный опросник Айзенка, он состоит из 4 групп вопросов по 10, каждая группа отражала выраженность одного из проявлений депрессии: тревожность, разочарование, агрессия, ригидность. Опросник Айзенка является общепризнанным среди психологов мира, и наиболее рационален в отношении скрининг-диагностики депрессии.

**Результаты исследования:** исследуемые ответили на каждый вопрос по системе 0-1-2 в зависимости от степени

выраженности каждого состояния. При интерпретации результатов все больные были разделены на 2 группы: серопозитивные и серонегативные.

<b>Составные части депрессии</b>	<b>Серонегативные больные</b>	<b>Серопозитивные больные</b>
Тревожность	16	12
Разочарование	14	7
Агрессия	8	6
Ригидность	15	7

В таблице приведены показатели депрессии по 20 бальной системе. Как видно, признаки депрессивности больше выражены у больных серонегативным РА, при этом интенсивность болевого синдрома приблизительно одинакова у обеих групп: у серонегативных больных выраженность болевого синдрома составила 9,4 баллов, а у серопозитивных больных - 9,6 баллов.

**Выводы:** на основании проведенного нами исследования можно утверждать, что клиническая манифестация у больных серонегативным РА находится в прямой зависимости от психоэмоционального статуса, а у больных серопозитивным РА выраженность депрессии значительно меньше при высокой интенсивности болевого синдрома, следовательно, иммунологические нарушения снижают психоэмоциональные нарушения у данных больных. Основываясь на клинических наблюдениях, нами сделана попытка описания специфической «ревматоидной» личности. Такой личности свойственны самоограничительные тенденции, конформизм, консерватизм, морализм, высокая требовательность и взыскательность, чрезмерная конкретность и ригидность мышления, отсутствие фантазии, повышенная потребность в физической работе. Содержание бессознательного конфликта больных РА сводится к попыткам удержать сильные враждебные бессознательные

импульсы, к страху выразить враждебность или агрессивно действовать, что приводит к эмоциональной ригидности и неспособности проявлять чувство злости, это стимулирует возникновение трудностей в общении со значимыми близкими людьми. Таким образом, исследование подтверждает целесообразность использования в лечении РА междисциплинарного подхода, предложенного Ассоциацией ревматологов России, основанного на применении фармакологических и нефармакологических методов, привлечение специалистов других медицинских специальностей (в том числе психологов).

**Черенков А.А.,<sup>1;3</sup> Уваров И.А.,<sup>2</sup> Тихомирова Г.И.,<sup>2</sup>**

**Русских Е.А.,<sup>1</sup> Нафиков А.Р.<sup>3</sup>**

**ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ  
ПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

*<sup>1</sup> - филиал «Туберкулезная больница» Федерального казенного учреждения здравоохранения медико-санитарной части 18 Федеральной службы исполнения наказаний России*

*<sup>2</sup> - ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России»*

*<sup>3</sup> - БУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ Удмуртской Республики, г. Ижевск*

**Cherenkov A.A.<sup>1;3</sup>, Uvarov I.A.<sup>2</sup>, Tikhomirov G.I.<sup>2</sup>,**

**Russkikh E.A.<sup>1</sup>, Nafikhov A.R.<sup>3</sup>**

**PECULIARITIES OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN  
CONDITIONS OF PENITENCIARIAS SYSTEM**

*<sup>1</sup> - Branch «Tuberculosis hospital» of Federal state institution of health care of health care of 18 Federal penitentiary service of Russia*

*<sup>2</sup> - Federal state budgetary institution higher education «Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia»*

*3 - The Republican Narcological Dispensary of the Ministry of Health of the Udmurt Republic, Izhevsk*

Наряду с гражданским сектором здравоохранения помощь при психосоматических расстройствах оказывается и в медицинских учреждениях пенитенциарной системы (ПС). В учреждениях ПС содержится около 600 тысяч человек, более 90% которых страдают социально значимыми заболеваниями. Следует также отметить, что подопечные ПС «циркулируют» в гражданском секторе между наркологическими и туберкулезными диспансерами и представляют там значимую проблему. Изучение психосоматической патологии среди этого контингента представляется актуальной задачей.

**Целью исследования** было изучение особенностей проявления «психосоматики» у больных в пенитенциарном секторе здравоохранения.

Исследование проведено на базе туберкулезной больницы ПС. В исследование включено 600 пациентов. 582 пациента (97%) - мужчины. У 546 (91%) имел место туберкулез различных форм и стадий.

При анализе полученных данных выявлено, что 318 (53%) имели сочетание ВИЧ-инфекция - туберкулез. 146 (24,3%) пациентов состояли на учете у психиатра, 201 (33,5%) у нарколога. Однако учитывая, что 58,3% наших подопечных отбывали срок за преступления связанные с незаконным оборотом наркотиков (ст. 228 УК), а также сопоставляя их с базой данных наркологического диспансера представляется, что истинная величина «наркологических» пациентов значительно выше.

Проявления тех или иных психосоматических расстройств имело почти 100% обследуемых. Проявлялись они, выраженной астенией, снижением аппетита, вплоть до анорексии, истерическими припадками. Весьма

характерным проявлением «психосоматики» являлись приступы удушья, напоминающие приступы бронхоспазма, которые купировались введением «плацебо», чаще всего 0,9% р-ра NaCl.

Вообще, следует отметить, что для наших пациентов весьма характерны аггравация и даже прямая симуляция тех или иных заболеваний. Как представляется это связано и с феноменом депривации (карцеризации), высоким уровнем психиатрической (наркологической) патологии и вообще характерно для «тюремной субкультуры».

В то же время, нередко случаи когда «психосоматика» является манифестным проявлением при резком ухудшении состояния пациента. В частности генерализации ВИЧ-инфекции (по определению наших пациентов - «турбоВИЧ»).

Таким образом, проявления психосоматических расстройств весьма характерны для учреждений ПС. Особенностью этих проявлений являются с одной стороны широкая частота агграваций, а с другой высокая частота манифестации проявления тяжелых соматических заболеваний. Как следствие, необходим постоянный мониторинг проявлений «психосоматики», а также большее взаимодействие с гражданским сектором здравоохранения.



**Кенжаев А.Б., Магзумова Ш.Ш., Матъякубова М.К.,  
Турсунов М.Т.**

**ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У  
ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

*Кафедра психиатрии и наркологии ТМА. г. Ташкент.  
Республика Узбекистан*

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ показателей реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности у пожилых больных с гипертонической болезнью (ГБ).

**Задачи:** 1) выявить различия в эмоциональной сфере у пожилых больных разного пола с ГБ; 2) определить характер и степень тяжести РТ и ЛТ у пожилых больных с ГБ.

**Материал и методы:** Обследованы 50 больных, которые были разделены на 2 группы. Основную группу составили 35 пожилых больных с ГБ (женщин), средний возраст  $58,6 \pm 1,4$  года. В группе сравнения было 15 больных (мужчин), средний возраст  $61,8 \pm 1,4$  года. Уровень реактивной и личностной тревожности (РТ и ЛТ) оценивали с помощью теста Спилбергера-Ханина.

**Результаты:** Уровень РТ у лиц мужского и женского пола в обеих группах был сопоставим. Наиболее часто выявлялась РТ лёгкой степени (до 30 баллов по тесту Спилбергера-Ханина). У женской группы отмечалось преобладание РТ средней тяжести, тогда как в группе мужчин имело место более равномерное распределение показателей РТ с незначительным преобладанием РТ средней тяжести (от 30 до 45 баллов).

Среди мужчин и женщин ЛТ средней и тяжелой степени выявлялись у равного числа. В группе мужчин в 3,8% случаев отмечалась ЛТ легкой степени. У всех женщин с гипертонической болезнью (100%) была выявлена ЛТ тяжелой степени (46 баллов по тесту Спилбергера-Ханина), тогда как в

группе мужчин тяжелая ЛТ встречалась лишь в 84,2% случаев.

**Выводы:** 1. Показатели реактивной и личностной тревожности у пожилых больных с гипертонической болезнью имеют половые различия. 2. Показатели реактивной тревожности у мужчин и женщин являются идентичными и характеризуются преобладанием РТ лёгкой степени. 3. У женщин преобладает РТ средней тяжести. 4. У мужчин и женщин в равной степени встречается ЛТ средней и тяжелой степени. 5. Для всех женщин характерна тяжёлая степень ЛТ.

**Бойко С.А., Соколовская С.В.**  
**ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ТРЕВОЖНО-  
ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ (КОРРЕЛЯЦИИ И  
ДИНАМИКА)**

*Учреждение образования «Гродненский государственный  
медицинский университет»*

**Boyko S. L., Sokolovskaya S.V.**  
**ATRIAL FIBRILLATION AND ANXIETY-DEPRESSIVE  
DISORDERS (CORRELATIONS AND DYNAMICS)**  
*Educational Institution «Grodno State Medical University»*

**Актуальность.** Проведенные в последнее время исследования показали, что наряду с классическими факторами риска атеросклероза почти у каждого пятого больного с сердечно-сосудистыми заболеваниями выявляются признаки выраженного тревожно-депрессивного расстройства (ТДР). А результаты ряда эпидемиологических исследований позволяют рассматривать депрессию в качестве фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (М.Ю. Дробижев, 1997; Ю.А. Карпов, 2004). Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенная форма аритмии. Очевидно, что актуальность проблемы

диагностики тревожно-депрессивных расстройств, даже на субклиническом уровне, наблюдающихся у больных с ФП, обусловлена не только их распространенностью и дезадаптирующим влиянием, но и тем, что своевременная диагностика и коррекция этих состояний во многих случаях становится решающим условием эффективной терапевтической помощи. До настоящего времени проведено немало исследований по нейропсихологической и патопсихологической диагностике расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с ФП, однако мы не встретили работ с анализом наличия/отсутствия ТДР во взаимосвязи с временным критерием ФП, например, после восстановления синусового ритма.

**Цель исследования:** изучение корреляционных связей и динамики уровня ТДР у пациентов с ФП.

**Материалы и методы.** Проведено клинико-психологическое обследование лиц, страдающих ФП, которые проходили лечение в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический кардиологический центр».

Критерии включения: Диагноз ФП. Информированного согласия пациента на участие в исследовании.

Для скрининговой диагностики ТДР использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) – адаптированная русская версия (А.В. Андриюшенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский, 2003) Из исследования исключались пациенты с прогрессирующей стенокардией, миокардитами и перикардитами, ревматической болезнью сердца, иными тяжелыми соматическими заболеваниями. Исследование включало два этапа: этап включения (при поступлении в стационар) и этап проспективного наблюдения (через 2-4 недели после выписки).

Всего в соответствии с критериями включения обследованы 27 человек, с верифицированным диагнозом ФП. Всем пациентам проведено общеклиническое обследование,

электрокардиография, и психологическое обследование с оценкой полученных результатов.

**Результаты и обсуждение.** Хорошо известна подверженность больных с ФП тревожным и депрессивным расстройствам.

По результатам шкалы HADS ТДР диагностировались у 62 больных (55,4%), в том числе клинически выраженная депрессия легкой и умеренной степени тяжести диагностировалась у 14% больных, в сочетании с тревогой у 9%, клинически выраженная тревога – лишь у 9% больных (HADS более 11 баллов). Было проведено распределение на малые группы: группа 1(с депрессией), группа 2 (с тревогой и депрессией), группа 3 (без ТДР). У пациентов с ФП не выявлено статистической зависимости между фактом ФП и уровнем тревоги и депрессии. После восстановления ритма уровень тревоги значительно снизился у 67%, а уровень депрессии – у 86%, что свидетельствует о преходящем ситуационно обусловленном генезе ТДР у лиц с ФП.

**Печерских М.В., Ефремова А.И., Шаверская Э.Ш.**  
**ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И**  
**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ**  
**ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

*ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава РФ*

**Pecherskikh M.V., Efremova L.I., Shaverskaya E.Sh.**  
**THE INFLUENCE OF VEGETATIVE DISORDERS AND**  
**PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS ON THE COURSE OF**  
**CHRONIC ACALCULOUS CHOLECYSTITIS**

*Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia*

**Актуальность.** Расстройства в эмоциональной сфере встречается у большинства пациентов хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) с различной степенью выраженности, и могут быть выделены в отдельный синдром в клинической картине. Состояние эмоциональной сферы оказывает большое воздействие на регуляцию вегетативной нервной системы (ВНС), что в последующем дискоординирует работу гладкой мускулатуры в желудочно-кишечном тракте в целом, и в гепатобилиарной системе (ГБС) в частности (Циммерман Я.С., 2013).

**Материалы и методы:** обследовано 123 пациента с ХНХ, 90 женщин и 33 мужчины, средний возраст пациентов составил  $43,7 \pm 1,2$  лет. Группу сравнения составили 30 здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту.

Пациентам проведено комплексное обследование ГБС и эзофагогастроуденальной зоны (ЭГДЗ). Исследование психоэмоционального состояния проводилось с применением опросника Ч.Д. Спилберга и шкалы депрессии, адаптированной Т.И. Балашовой, исследование гомеостатических возможностей организма и адаптивных механизмов с помощью определения вегетативного статуса

(Индекс Кердо), вегетативной реактивности (глазо-сердечный рефлекс), вегетативного обеспечения деятельности (ортоклино-статическая проба).

**Результаты:**  $45,5 \pm 4,9\%$  пациентов предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, раздражительность, общую слабость. В ходе исследования у  $42,2 \pm 7,3\%$  пациентов группы наблюдения выявлен высокий уровень реактивной тревожности (РТ). Показатель РТ пациентов группы наблюдения составил  $30,7 \pm 1,2$  баллов, в группе сравнения -  $25,8 \pm 1,3$  баллов, ( $p = 0,009$ ). Высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) имел место у  $71,1 \pm 6,7\%$  больных ХНХ. При этом в группе наблюдения показатель ЛТ был равен  $41,8 \pm 1,8$  баллов и  $32,8 \pm 1,4$  баллов соответственно, ( $p < 0,001$ ).

У пациентов группы наблюдения уровень депрессии был на  $34 \pm 4,7\%$  выше показателя группы сравнения и составил  $38,0 \pm 1,2$  баллов и  $25,2 \pm 2,4$  баллов соответственно, ( $p < 0,001$ ).

Исходный вегетативный тонус – состояние расслабленного бодрствования или «относительного покоя» оценивался путем расчета индекса Кердо. У  $85,8 \pm 1,2\%$  пациентов преобладал парасимпатический отдел ВНС, у  $11,5 \pm 3,6\%$  – симпатический и у  $2,5 \pm 1,7$  была выявлена эйтония. В ходе исследования вегетативной реактивности (ВР) у  $75,3 \pm 4,8\%$  пациентов нормальный тип, у  $12,8 \pm 3,7\%$  - ваготонический тип ВР, у  $11,53 \pm 3,61\%$  исследуемых больных симпатикотонический (извращенный) тип ВР. Вегетативное обеспечение (ВО) у  $62,8 \pm 5,4\%$  больных было нормальным, у  $20,5 \pm 4,5$  – избыточным и у  $16,6 \pm 4,2\%$  больных – недостаточным.

**Выводы:** уровень ЛТ у пациентов группы наблюдения выше показателя РТ, что говорит о напряжении адаптационных механизмов и повышенном влиянии личностных особенностей на течение заболевания. Неизмененные показатели ВР и ВО свидетельствуют об адекватной реакции

на воздействующие извне факторы. При эйтонии моторная функция ГБС не нарушена, однако доминирующее влияние парасимпатического отдела ВНС может привести к спастическому сокращению желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчевыводящих путей.

**Грива Д.В., Грива Р.А.**

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО  
СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ  
ГЕСТАЦИИ**

*ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ*

**Griva D.V., Griva R.A.**

**SOME FEATURES OF THE MENTAL STATE OF PREGNANT  
WOMEN AT LATE GESTATION**

*FGBI «RNIOL» Russian Health Ministry*

**Актуальность.** В человеческой популяции стремительно растет количество депрессий, особенно атипичных, соматизированных и соматоформных расстройств. Женщины в генеративном периоде особенно нуждаются в психологической, психотерапевтической и психопрофилактической помощи. У них имеется множество нерешенных проблем, которые часто приводят к физической и психической патологии в период беременности, которые бесспорно, отражаются на состоянии плода и на исходе беременности. В литературе имеются указания акушеров-гинекологов, психиатров и психотерапевтов на то, что беременность оказывает влияние на вегетативные функции и психику человека (И.З. Вельвовский, 1963 г.; И. Харди, 1974г.; А.С. Персиянинов, 1978 г.; В.Д. Менделевич, 1998 г.). однако этот вопрос еще недостаточно хорошо изучен. Несомненно, что в период беременности, особенно первой, ускоряется созревание личности женщины, растет чувство ответственности за будущего ребенка, зреет инстинкт материнства. Одновременно с этим часто возникают расстройства психики, прежде всего невротического уровня. **Целью** нашей работы явилось выявление и оценка невротических состояний у беременных в предродовом периоде.



**Материалы и методы.** Нами были обследованы 53 беременные женщины, поступившие на дородовую госпитализацию в ФГБУ «РНИИАП» Минздрава России в сроке 39-40 недель. В исследовании был использован клинический опросник для выявления оценки невротических состояний К.К. Яхтина и Д.М. Менделевича с целью оценки состояния беременных по 6 шкалам: по шкале тревоги, шкале реагирования, обсессивно-фобических нарушений и вегетативных нарушений.

**Результаты исследования.** У 15% (8) женщин выявлен болезненно высокий уровень тревоги, у 30% (16) – невротические расстройства депрессивного характера, у 45,3% (24) – болезненно высокий уровень астенической реакции, у 15% (8) – расстройства истерического типа, у 30% (16) – обсессивно-фобические нарушения. Результаты, указывающие на уровень абсолютного здоровья по всем 6 признакам, определялись у 11,3% (6) женщин. Болезненный характер расстройств по всем исследуемым признакам отмечался у 18,8% (10) обследованных.

**Заключение.** Полученные в результате исследования данные, указывают на необходимость профилактики и лечения астено-невротических нарушений у беременных, а также отражают необходимость тщательной психологической подготовки беременных к родам. Высокая частота астенической реакции, а также вегетативных нарушений указывает на необходимость своевременного выявления и адекватной патогенетической терапии сопутствующих соматических нарушений.

**Сайдалиходжаева Д.Г., Бахриев Б.Р.**

## **РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,  
кафедра психиатрии*

**Saydalihodjaeva D.G., Bahriev B.R.**

## **EMOTIONAL DISORDERS IN PREGNANT WOMEN**

*Tashkent Pediatric Medical Institute, the Department of Psychiatry*

**Актуальность:** аффективные расстройства повышают риск развития осложненной протекания беременности (Филиппова Г.Г., 1999; Василенко Т.Д., 2011), оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины (Pajulo M., 2001).

**Цель исследования:** изучить эмоциональные расстройства у здоровых женщин в период беременности для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту.

**Материалы и методы** исследования: обследовано 36 беременных женщин с аффективными расстройствами, состоявшими на учёте в районной женской консультации по поводу физиологически протекавшей беременности I-триместра и в пренатальной патологии не обращавшихся ранее к психиатрам и невропатологам. Из экспериментально-психологических методов для оценки выраженности аффективных нарушений применялась Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии а также опросник уровня тревожности Спилбергера-Ханина.

**Результаты:** в ходе исследования с помощью Госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 85% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 80% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 100% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие

проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 5% обследуемых субклинически выраженная тревога и у 40% пациенток – констатировалась выраженная тревога. Депрессивная симптоматика проявлялась классическими симптомами в виде гипотимии, замедления мыслительной деятельности и заторможенности двигательной сферы. На высоте депрессивного аффекта у 8% обследуемых возникали идеи самоуничтожения, отмечалась тенденция к появлению суицидальных мыслей и планов, связанных со страхами за будущее ребёнка, невозможности ухаживать за ним, беспокойство за его здоровье. В формировании депрессивной патологии были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности, болезненное переживание за неспособность вести домашнее хозяйство и принять активное участие в воспитании своего младенца. У беременных женщин на протяжении первого и второго семестра беременности высокий уровень тревожности был выявлен в 7,1% случаев, умеренный уровень ситуативной тревожности в 57,1% случаев, низкий уровень ситуативной тревожности отмечался у 35,7% обследованных.

**Вывод:** таким образом, исследование эмоциональных расстройств у беременных женщин выявило, что эмоциональное состояние в первый триместр умеренно тревожное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются тревожные эпизоды, формирование высокого уровня тревожности в третьем триместре связано со страхами за исход беременности, родов и послеродовой период. Полученные данные исследования позволяют разработать наиболее ранние способы психопрофилактики эмоциональных изменений беременной женщины.

**Михеева О.В., Толкачев А.С.**

## **ПОДГОТОВЛЕННЫЕ РОДЫ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ**

*ГУЗ Перинатальный центр, Саратов, Россия*

**Актуальность.** «Подготовленные роды в Перинатальном центре» (ПРПЦ) – психотерапевтическая программа, помогающая женщине обрести состояние, при котором естественным образом формируются условия для нормального течения беременности, родов, послеродового периода и дальнейшего развития новорожденного. В основе лежит знание, что в геноме женщины заложено все необходимое для осуществления этого. Важно, чтобы перестройка психики, происходящая в эти периоды, происходила своевременно и полноценно, но существует много факторов, мешающих этому, возникают акушерские и неонатальные осложнения. Устранением этих мешающих факторов и занимается ПРПЦ.

**Цель:** оказание психотерапевтической помощи женщинам, в коррекции патологического состояния (ПС), как для устранения акушерских, неонатальных осложнений, обострения экстрагенитальной патологии так и высокого риска их возникновения.

**Материалы и методы.** Основной метод ПРПЦ - метод психотерапевтической диагностики и психокоррекции (МПДП), женщина самостоятельно распознает ПС, сопряженное с осложнениями и может активно участвовать в устранении его. МПДП не требует дорогостоящего оборудования, а основан на субъективном восприятии женщины своего состояния. Групповые и индивидуальные занятия, психотерапевтическая беседа, собеседование, упражнения на расслабление, раскрываются причинно-следственные связи ПС. Исключаются любые техники внушения, гипноза. В программе используются методики самопомощи, работа с болью, страхами, тревогой, показ короткометражных фильмов. Проводится от 3 до 6

групповых занятий, в отделении патологии беременных (ОПБ) - 5-6, в послеродовом 3-5. Группы по составу однородные и неоднородные. В отделении реанимации, родильном зале - индивидуальные занятия. Темы занятий в ОПБ. 1. «Установки, настрои». Осознание цели женщины в этот период при вскрытии и коррекции жестких установок даты родов, запретов на рождение, форсированных действий, сверхжелания, как подчинения себя единственной цели родить, выносить и др. 2. «Физический и психический дискомфорт, роль инстинктов. Тонус матки, схватки». Разъяснение материала, в том числе причинно следственных связей. Форсированные действия, волевое подавление чувствительности, состояние агрессии, внутренняя пустота. 3. «Распознавание положительного и отрицательного влияния на плод». Как развитие 2 темы, рассматриваются отдельные моменты: ощущения беременной, когда плод шевелится и когда он находится в состоянии покоя, система «мать-отец-высшее-ребенок-окружающий мир». Тревога, как возможность скорректировать свое ПС. 4. «Роды, 1, 2 период, действия роженицы». Распознавание периодов. Самопомощь при тонусе, слабости родовой деятельности, боли, профилактика разрывов. 5. «Роды, 2, 3 периоды.» Три варианта потуг, самопомощь при слабости потуг, 3 период. 6. «Грудное вскармливание». Фильм, обсуждение. Состояние матери при кормлении. В отдельных случаях выделяется занятие «Методы обезболивания и расслабления».

В 2017 г. в ОПБ групповые занятия - 180 женщин, с осложненным течением беременности для матери и плода, или высоким риском их возникновения, с плановым кесаревым сечением 32 (17,7%). Прошли 1-3 занятия 126 (70%) женщин.

В отделении реанимации - занятия с беременными, родильницами при их досрочном родоразрешении, с пациентками, при отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии заболевания, осложнения.

В послеродовом отделении - для родильниц, новорожденные которых находятся в реанимации, на ИВЛ. Обучение взаимодействию мать, отец, новорожденный, принятие тревоги. Темы. 1. «МПДП, выявление психотерапевтических критериев (ПК) незавершенности родов в сознании родильницы (восприятие ребенка внутри живота, ощущение шевелений, внутренняя пустота), пути изменения ПС». 2. «Установки, настрои, представления, как мешающие условия». 3. «Система мать-отец-новорожденный». Выявление границ в отношениях и пути изменения. 4. Повторная психотерапевтическая диагностика, при сохранении ПК - дополнительные занятия.

**Результаты:** В ОПБ: беременные 21 (11,7%) со сроком гестации от 24 до 36 недель, были выписаны с улучшением, в 8 (4,4%) случаях угрозы невынашивания беременность пролонгировалась. Антенатальная гибель плода – 1 у женщины с сахарным диабетом. Самостоятельно вступили в роды 127. Родили через естественные родовые пути 113 (89%), крупным плодом 7 (6,2%), гипотоническое кровотечение до 1 литра в 3 (2,6%), вакуум экстракция 6 (5,3%), ручное отделение последа 3 (2,6%), эпизиотомия 29 (25,6%), перинеотомия, разрывы промежности 1 ст 11 (9,7%), разрывы шейки матки 1 ст, влагалища, ссадины 4 (3,5%), 1 (0,8%), 3 (2,6%) соответственно. Двойни 7. Преждевременные роды 6, умер 1 новорожденный с пороком сердца, СРАР 2 суток - 1 ребенок из двойни 36 недель, 3 недоношенных на 2 этапе выхаживания. Кесарево сечение в экстренном порядке 14 (11%), по Перинатальному центру (ПЦ) 26 %. Резюме: Из осложнений во время беременности – антенатальная гибель плода. В родах не было массивных кровотечений, глубоких разрывов мягких тканей. Экстренное кесарево сечение выполнялось в 1,9 раза меньше, чем в целом по ПЦ. Во всех случаях родоразрешения у родильниц, прошедших групповые занятия ПРПЦ во время беременности, и родивших в срок акушерские, неонатальные осложнения, обострение

экстрагенитальной патологии выявлены не были. Неонатальные осложнения наблюдались в случае преждевременных родов: один новорожденный нуждался в дополнительной оксигенации, другой умер от порока сердца сразу после рождения.

Выявляются причинно-следственные связи ПС и акушерских, неонатальных осложнений, как например непринятие спонтанного наступления беременности, родов, послеродового периода – отсутствует ощущение беременности, родов, послеродового периода, исключение отца, границы с ним, подавление тревоги –внутренняя пустота. И многие другие.

**Заключение.** Психотерапевтическая программа ПРПЦ позволяет скорректировать патологическое состояние, снизить риск предполагаемых акушерских, неонатальных осложнений, или уменьшить их последствия. Женщина в программе является активным участником процесса, по самостоятельному выявлению и коррекции своего состояния.

**Грива Д.В., Грива Р.А.**

### **ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН**

*ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ*

**Griva D.V., Griva R.A.**

### **INFLUENCE OF PROLONGED BREASTFEEDING ON THE PSYCHOEMOTIONAL STATE OF WOMEN**

*FGBI «RNIOI» Russian Health Ministry*

**Актуальность.** В настоящее время все шире и подробнее раскрываются преимущества грудного вскармливания. Врачи различных специальностей сталкиваются с женщинами в такой особый период их жизни как лактация. Существуют разнообразные взаимодействия.

**Материалы и методы.** На протяжении трех лет с 2014 г. по 2017 г. нами было проведено наблюдение за состоянием соматического и психоэмоционального здоровья 52 беременных женщин. В последующем все женщины были разделены на 2 группы в соответствии с особенностями продолжительности у них лактации. В первую группу вошли 27 мам прокормивших своих детей грудным молоком свыше 1,5 лет, во вторую – с максимальным периодом вскармливания от 3-х до 8-и месяцев – 25 женщин. Все женщины при беременности в раннем послеродовом периоде находились в равных социально-бытовых условиях в родильных домах, с раздельным пребыванием с ребенком и возможностью ознакомления с печатными материалами по грудному вскармливанию.

**Результаты.** Отказ от грудного вскармливания был различным, но в большинстве (72%) определен влиянием членов семьи и желанием раннего прикорма ребенку, «для возможности выражения к нему любви и побаловать вкусненьким, молоко ведь пресное». В остальных случаях 28% прекращение лактации было связано с наступлением естественного гипогалактического криза (3-4 месяца) и страха оставить ребенка голодным, в одном случае убеждение следовало от врача-педиатра. Присутствовал 1 случай первичной гипогалактии, без положительной динамики в лечении.

Проведено 4 этапных исследования психоэмоционального состояния в обеих группах за 3 года. В раннем послеродовом периоде в психоэмоциональной сфере у всех женщин показатели по проведенным тестам не отличались. Во II группе при 3-м тестировании (возраст детей 1 год) началось преобладание уровня тревожности по сравнению с I группой, что может быть связано с понижением уровня пролактина, который является естественным транквилизатором, а также с достоверно более высоким процентом заболеваемости ОРВИ



детей данной группы. Достоверно высокий уровень тревожности у женщин II группы сохраняется по настоящее время.

**Заключение.** Таким образом, в период кормления грудью у женщин выстраивается четкая система жизненных ценностей, более осознанно структурируется внутреннее пространство, упорядочивается реакция на события внешнего мира и появляются дополнительные душевные ресурсы для решения различных проблем, что определяется благоприятным устойчивым психоэмоциональным состоянием и низким уровнем тревожности.

**Ходжаева Н.И., Матякубова М.К.**

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-  
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО  
ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН**

*Ташкентская медицинская академия. Кафедра психиатрии и наркологии*

**Hadjaeva N.I., Matyakubova M.K.**

**MODERN METHODS OF TREATMENT ANXIETY AND  
DEPRESSIVE DISORDER DURING MENOPAUSE OF  
WOMEN**

*Tashkent medical academy. The department of psychiatric norkology islands*

**Актуальность.** Климактерический период у женщин может характеризоваться аффективными расстройствами со снижением настроения, тревогой, нарушениями сна и др. Для редукации указанных расстройств возможно применение современных антидепрессантов.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение эффективности Эсциталопрама (севпрама) при

депрессивных расстройств у женщин климактерического возраста.

**Материалы и методы.** В исследование участвовали 55 женщин. Психический статус и его динамику в процессе терапии оценивали клиническим и статистическим методами.

Эсциталопрам (севпрам) назначали после отмены предшествующей терапии, в стандартной дозировке 10мг в сутки утром после еды. Длительность лечения составляла от 6 нед. до 6 мес. Во время исследования не допускали назначения других антидепрессантов.

**Результаты исследования и обсуждение.** В ходе исследования было обследовано 57 женщин в возрасте от 40 до 55 лет. Больные с депрессивным синдромом в рамках климактерического синдрома (40 человек) были объединены в 1-ю группу больных. Во 2-ю группу вошли больные с невротической депрессией (17 человек) того же возраста.

Результаты проведенного исследования показали, что севпрам вызвал положительную динамику состояния у всех обследованных больных. В группе больных с климактерической депрессией значительное снижение показателей депрессии наблюдали у 82,8% (29) пациентов. Наиболее заметная динамика состояния с улучшением настроения, восстановлением активности, отмечена в течение 2–3 недель лечения, и к концу месяца терапии больные чувствовали себя практически выздоровевшими.

Помимо антидепрессивного действия у эсциталопрама (севпрама) проявилась отчетливая активность в отношении тревожных расстройств. Так, при климактерической депрессии эффект был замечен с первых дней применения препарата. Причем редуцировались не только психические, но и соматические проявления тревоги.

В группе больных с невротической депрессией заметное улучшение состояния отмечалось у 81,8% (18) больных. В прочем, так как с умеренной и тяжелой степенью депрессии. Независимо от происхождения депрессивных расстройств, эсциталопрам (севпрам) оказался эффективным в отношении клинических симптомов депрессии. К 1-1,5 месяцу терапии настроение больных улучшилось, восстановился сон, редуцировалась тревога и вегетативные проявления.

Независимо от продолжительности терапии переносимость эсциталопрама (севпрама) была хорошей. Лишь у 2 пациентов наблюдались побочные явления в виде тошноты, которая исчезала через 2-3 дня. Никаких других осложнений и побочных эффектов зафиксировано не было.

**Выводы.** 1. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности эсциталопрама (севпрама) при терапии депрессивных расстройств климактерического периода.

2. Важным преимуществом эсциталопрама (севпрам) является хорошая переносимость, возможность длительного применения у больных с соматической патологией.

**Арпентьева М.Р.**

**УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОСОМАТИКА**

*Калужский государственный университет им. К. Э.  
Циолковского, Калуга, Россия*

**Arpentieva M.R.**

**UROLOGICAL PSYCHOSOMATICS**

*K. E. Tsiolkovskiy Kaluga state University, Kaluga, Russia*

**Введение.** Урологический нарушения – классический случай нарушений психосоматических: причиной, сущностью и функциями этих нарушений часто выступают стрессы повседневности. Постоянный стресс и постоянная озабоченность, «навязчивость», связанная с каким-либо органом и ситуацией, вызывает в этом органах мочевыводящей системы те же явления, которые шок и иные травмы могут произвести непосредственно и быстро.

**Основная часть исследования.** К концу XIX века возникло представление об «уринарных неврастениках – людях с расстройствами мочеотделения, не имеющими каких-либо органических оснований. В психоанализе причина нарушения – вытеснение внутреннего, внутриличностного или внешнего, межличностного, конфликта. Связь между психологическими и клиническими деформациями получила название «гипотезы психосоматической специфичности». Ортодоксальный психоанализ, начиная с З. Фрейда, объяснял возникновение соматических расстройств бессознательным конфликтом. Он исходил из того что если не возникают невроз и не доступны иные форма защиты, то страдают внутренние органы. Неофрейдисты (Г. Салливан, Э. Фромм, К. Хорни) рассматривали психосоматическое заболевание более сложно – как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации: лишение «выбора свободы и ответственности человека за то, что он выбирает»,

перегруженность «бременем свободы» и т.д. Э. Фромм в середине XX столетия о психическом здоровье личности сопоставлял здоровье и свободу от инфантильных претензий и веру в свои реальные, хотя и ограниченные силы; способность примириться с парадоксом, состоящем в том, что каждый из нас – часть Вселенной и в то же время не важен. Быть здоровым для него означает – любить жизнь и принимать смерть; переносить неопределенность в важнейших вопросах, которые ставит перед человеком жизнь, быть уверенным в себе. Ф. Данбар полагала, что больным с психосоматическими расстройствами присущи черты инфантильности, фантазирования, недостаточной включенности в ситуацию, алекситимии. При этом люди с расстройствами функции почек и мочевого пузыря часто не придают серьезного значения физическим потребностям и праву на их удовлетворение, забывают о себе, стремясь угодить другим, быть использованными ими. Обычно родители таких пациентов ценили чистоплотность и достижения. Основные причины заболеваний этой группы таковы: подавление переживаний, проживание их внутри себя; страх перед переменами и развитием когда человек цепляется за старые идеи, а также боится дать себе свободу, страх последствий; гнев, преследующий человека долго и часто, злоба и ожесточение, омрачающее жизнь, ощущение себя униженным из-за накопившихся разочарований жажда мести и попытки подавить «букет стрессов» до каменного равнодушия, чтобы не казаться неинтеллигентным, и т.д. (например, – воспалительные заболевания мочевого пузыря, простаты, болезни почек, включая почечную недостаточность и камни в почках и т.д.); тревожные состояния и страх не справиться, гиперзабота о своем здоровье и страх не выздоровления или сомнения в правильности лечения, безнадежность (непроизвольное мочеиспускание, болезни простаты, опущение почек); конфликты на сексуальной

почве, особенно в течение длительного времени (типичны злость и раздражение по отношению к противоположному полу в целом или к конкретному партнеру ) (например, – инфекционные заболевания); разочарования и ложь человека и человеку (болезни мочевого пузыря, воспалительные процессы в почках), стыд и злоупотребление доверием и обязательностью, гордыня от использования (отеки) или стыд использования (высыхание – атеросклероз), страх подлости и шантажа и притяжение подлости и предательства («измены» и т.д.), включая провокации предательств (органические заболевания почек и нарушения обмена веществ), самообвинения (аутоиммунные и иммунные нарушения) в целом, мочеполовая система весьма тесно связана с эндокринными и иммунными нарушениями: нарушениями самоуправления и управления отношениями с людьми.

**Заключение.** Уринарные неврастеники – люди, у которых нарушен баланс взаимообмена с окружающим миром. Стрессы достижений, совершенства, принадлежности и т.д. оказывают значительное влияние на жизнь и состояния мочевыводящей системы человека. Страх быть неуспешным, ненужным и плохим (испачканным) заставляет человека уничтожать самого себя ради того, чтобы получить одобрение общества. Когда человек отпускает эти страхи и дает себе возможность быть «плохим», право ошибаться и отстраняется от навязчивого стремления быть нужным и помогать окружающим, его органы и их функции приходят в порядок, человек выздоравливает.

**Суетина О.А., Кравченко Н.Е.**

**К ПРОБЛЕМЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В  
ПРОЦЕССЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И  
ПОДРОСТКОВ**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»*

**Suetina O.A., Kravchenko N.E.**

**TO THE PROBLEM OF MENTAL DISORDERS IN THE  
PROCESS OF CANCER TREATMENT FOR CHILDREN AND  
ADOLESCENTS**

*The Mental Health Research Center*

**Актуальность.** Широко применяемые в онкопедиатрии кортикостероидные и химиотерапевтические препараты, лучевая терапия, воздействующие на активно пролиферирующие клетки злокачественных опухолей, нередко вызывают нежелательные эффекты, возникающие как в соматической, так и в психической сферах. В связи с этим представляется актуальным изучение психических нарушений, наблюдающихся в процессе активного противоопухолевого лечения несовершеннолетних.

**Цель работы:** установление типологии психических расстройств, спровоцированных противоопухолевым лечением. Клинико-психопатологическим методом обследованы 37 пациентов от 3 до 17 лет, госпитализированных в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н. Блохина по поводу различных форм злокачественных новообразований и нуждавшихся, по мнению их родителей и онкопедиатров, в осмотре психиатра.

**Результаты и обсуждение.** Психотические состояния, отнесенные к категории тяжелых расстройств, были представлены эпизодами делириозного помрачения сознания, галлюцинаторными, аффективно-бредовыми и аффективными синдромами, которые развивались в

процессе активно проводимой высокодозной полихимиотерапии. Одни из них являлись экзогенными реакциями на интоксикацию в процессе противоопухолевого лечения, другие – несомненно эндогенными по клинической картине, однако манифестация которых произошла на фоне тяжелого лечения. Общей особенностью этих нарушений, несмотря на различный патогенез, была их относительная редкость, непродолжительность, фрагментарность, быстрая редукция при назначении психотропных средств.

Непсихотические психические расстройства, развивавшиеся в связи с проводимым лечением, наблюдались значительно чаще. Это были девиации поведения, характеризующиеся гневливостью, гетеро- и аутоагрессией, реакциями активного протеста и непослушания. В одних случаях они являлись проявлением расстройства адаптации, обусловленным не только тяжелым лечением (наиболее часто поведенческие нарушения наблюдались при назначении винкристина), но и психогенно провоцированы. В других случаях их развитие было отчетливо связано с использованием кортикостероидов, после отмены которых отмечалась полная редукция этих состояний. К непсихотическим расстройствам относились и расстройства пищевого поведения, возникающие на фоне развившегося в процессе химиотерапии мукозита. Отказ от приема пищи, страх глотания, дефекации являлись стержневыми в клинической картине. Хотя происхождение данной реакции был несомненно психогенным, и она была квалифицирована как своеобразная нозогенная реакция, ее развитие было определено прежде всего непосредственным осложнением проводимой химиотерапии.

Особо следует отметить непсихотические органические расстройства, формирование которых было связано с токсическим влиянием химиопрепаратов. Начало их развития наблюдалось в процессе противоопухолевого лечения (снижение памяти, нарушение внимания,



церебрастеническая симптоматика), однако даже после выхода в ремиссию основного соматического заболевания не происходило полной и быстрой редукции резидуально-органических проявлений.

**Заключение.** Таким образом, получающие тяжелое противоопухолевое лечение дети и подростки несомненно нуждаются в наблюдении не только онкопедиатров, но и детских психоневрологов, что и диктует необходимость мультидисциплинарного подхода в таких случаях.

**Белозёр А.С., Петрова Н.Н.**

### **ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ**

*Кафедра медицинской психологии и психофизиологии, Кафедра психиатрии и наркологии Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург*

**Belozer A.S., Petrova N.N.**

### **ASSESSING COGNITIVE FUNCTION IN OVARIAN CANCER PATIENTS**

*Medical Psychology and Psychophysiology, Psychiatry and Addiction Medicine Faculty, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg*

**Актуальность.** Рак яичников является одним из наиболее тяжелых новообразований у женщин. Эти пациентки имеют высокой риск формирования когнитивных нарушений в течение первых 3-х лет болезни. Снижение уровня когнитивного функционирования может оказать влияние на качество жизни больных и на принятие решений в отношении лечения. В настоящее время в нашей стране отсутствуют исследования, посвященные когнитивным нарушениям у больных раком яичников.

**Целью работы** являлось изучение показателей когнитивного функционирования у пациенток с раком яичников.

**Материал и методы.** На базе «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» и онкологического отделения «Клинической больницы № 122 им. Л.Г. Соколова» Санкт-Петербурга обследована 51 пациентка с гистологически верифицированным диагнозом рак яичников (С56). По возрасту пациентки распределились следующим образом: молодого возраста от 25 до 44 лет – 22%; среднего возраста от 45 до 60 лет – 51% и пожилого возраста (61-65 лет) – 27%. При проведении исследования учитывалось число курсов полученной химиотерапии и наличие осложнений основного заболевания. 66,7% обследованных больных имели высшее и 33,3% – среднее или незаконченное высшее образование.

Для оценки когнитивного функционирования пациенток была использована батарея стандартизованных нейрокогнитивных тестов: «Тест на заучивание списка слов»; «Последовательность чисел»; тест «Речевой беглости», «Шифровка»; «Двигательный тест с фишками»; тест «Башня Лондона». Полученные результаты сравнивали со стандартизованными нормативными данными, полученными для здоровой выборки в российской популяции.

Математико-статистическая обработка и описание данных проводилось при помощи программного обеспечения R v3.4.1 – программная среда для статистической обработки данных и работы с графикой, свободно распространяемая по лицензии GNU.

**Результаты исследования и выводы.** Установлено отсутствие значимых различий уровня когнитивного функционирования между больными раком яичников и здоровой популяцией. Однако анализ частоты когнитивных нарушений в группе больных обнаружил, что существенное количество пациенток испытывает трудности по отдельным показателям, а именно слухоречевой памяти и речевой

беглости: слухоречевая память («Заучивание списка слов») - 16 пациенток (33,3%), скорость обработки информации («Речевая беглость») - 21 пациентка (43,8%). Выявлена статистически значимая взаимосвязь вербальной беглости со стадией заболевания ( $p= 0,002$ ) и наличием плеврита ( $p= 0,005$ ). Речевая беглость снижалась на начальном этапе лечения (2-5 курсов химиотерапии) и при рецидиве заболевания (более 10 курсов).

Проба на вербальную беглость отражает состояние исполнительных функций и способность к проблемно-решающему поведению, поскольку при ее выполнении, в первую очередь, задействована лобная кора. Проведенные ранее исследования показывают, что семантическая вербальная беглость является чувствительным индикатором патологических когнитивных нарушений. Это позволяет предположить, что именно вербальная беглость может служить ранним предиктором развития когнитивных нарушений у больных раком яичников.

**Гребень Н.Ф.**

**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ  
БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

*Белорусский государственный педагогический университет  
им. М. Танка, г. Минск, Республика Беларусь*

**Hreben N.F.**

**PECULIARITIES OF THE PERSONALITY OF ORTHOPEDIC  
PATIENTS AFFECTED SURGICAL INTERVENTION**

*The Belarusian State Pedagogical University named after M.  
Tank, Minsk, Republic of Belarus*

**Актуальность.** Ортопедические больные представляют собой достаточно большую соматическую группу, психологические исследования которой на постсоветском пространстве практически отсутствуют. Между тем заболевания опорно-двигательной системы сопряжены с тяжелыми социальными последствиями. Поскольку лечение ортопедических больных, перенесших хирургическое вмешательство, является достаточно сложным и длительным процессом, необходимо создать наиболее эффективные условия по их реабилитации.

**Целью** проведенного нами исследования было изучение особенностей личности ортопедических больных, перенесших хирургическое вмешательство.

**Материалы и методы.** Для достижения данной цели были отобраны две методики: «Личностный дифференциал (ЛД)» и «Рисунок несуществующего животного (РНЖ)»

Экспериментальную выборку составили 50 ортопедических больных среди которых 31 женщина и 19 мужчин в возрасте от 30 до 72 лет (средний возраст – 48,14±9,48 г.). На момент психодиагностического исследования больные пребывали на реабилитации после перенесенной операции на коленном или тазобедренном суставах.

**Результаты**, полученные с помощью методики «ЛД» говорят о том, что ортопедические больные критически относятся к себе, ощущают малую ценность собственной личности, что может указывать на наличие у них определенных невротических образований. Так, низкие показатели по самооценке силы, подтверждают это и свидетельствуют о недостаточном самоконтроле, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних обстоятельств и оценок, а также об астенизации и выраженной тревожности на момент обследования. У больных преобладает интровертированность как сосредоточенность на себе, своих ощущениях и переживаниях, пассивность в плане межличностного взаимодействия.

При этом у 22% опрошенных больных выявлены высокие показатели астении и тревожности, неверие в собственные силы, и у 20 % больных – пассивность, уход в себя, эмоциональная подавленность.

По результатам диагностики личностных свойств с помощью проективной методики «РНЖ» нами было установлено, что больным с ортопедической патологией в большей степени характерна заниженная самооценка, неуверенность в себе, представления о своей персоне как не отличающейся высокой значимостью, как в ближайшем микроокружении, так и в обществе в целом. Общий энергетический тонус больных снижен, преобладает установка на экономию энергии, прослеживаются и признаки астенизации. Наблюдаемый уровень тревожности, беспокойства можно охарактеризовать как несколько выше среднего; уровень агрессивности соответствует среднему с тенденцией к низкому уровню, но в тоже время зафиксирована выраженность механизмов психологических защит пассивного характера. Больные ощущают свою уязвимость и готовы защищаться, подавляя в себе что-либо, отрицая,

замыкаясь в себе. Для больных весьма значимо мнение о них окружающих людей, но сами активности в общении они не проявляют. Присущий больным средний уровень демонстративности следует рассматривать в большей степени как чувствительность к замечаниям в их адрес, а также потребность во внимании и заботе со стороны других людей, что носит компенсаторный характер.

**Заключение.** Таким образом, выявленные нами особенности личности ортопедических больных в послеоперационный период свидетельствуют о необходимости реализации комплексного подхода в их лечении и реабилитации. Данная категория больных остро нуждается в психологическом сопровождении на этапе реабилитации, которое, к сожалению, в большинстве своем отсутствует.

**Зайцев О.С.**

**НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ В ТЕРАПИИ  
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ТЯЖЕЛОЙ  
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

*Национальный медицинский исследовательский центр  
нейрохирургии им.Н.Н.Бурденко, Москва, Россия*

**Zaitsev O.S.**

**NEUROMETABOLIC STRATEGIES IN THE TREATMENT OF  
PSYCHOPATHOLOGICAL CONSEQUENCES OF SEVERE  
TRAUMATIC BRAIN INJURY**

*Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery,  
Moscow, Russia*

**Актуальность:** в фармакотерапии психопатологических последствий тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) до настоящего времени не удалось установить ни одного стандарта, помогающего выбору какого-либо препарата в зависимости от конкретной клинической ситуации. В то же время признается, что один и тот же больной на разных этапах посттравматического восстановления психической деятельности нуждается в применении различных препаратов, в первую очередь – нейрометаболических. Последние назначаются практически всем пострадавшим с тяжелой ЧМТ; по данным начала века в передовых российских нейротравматологических клиниках каждый пациент в течение первого года после тяжелой ЧМТ получал в среднем 4 нейрометаболических средства.

**Цель:** исследовать эффективность и побочные эффекты рутинного применения различных нейрометаболических стратегий в процессе восстановления психической деятельности после тяжелой ЧМТ.

Материал и методы: динамически (на протяжении от 0,5 до 12, в среднем 2,4±0,4 лет после травмы) изучено 163 пациента с тяжелой ЧМТ. Исследовались все назначения нейрометаболических препаратов, сделанных в течение всего периода наблюдения. Суждение об эффективности назначения того или иного препарата выносилось ретроспективно на основе совпадения во времени проведения (окончания) курса терапии и тех или иных изменений в психическом состоянии пострадавшего. Положительный эффект регистрировался в тех случаях, когда синдром, по поводу которого назначался препарат, полностью или существенно регрессировал; негативные побочные действия отмечались, когда они приводили в конечном счете к отмене терапии данным препаратом, после чего нивелировались.

**Результаты:** нейрометаболические препараты применялись в разные сроки после тяжелой ЧМТ у 99% пострадавших, получивших 627 назначений 19 наименований нейрометаболических средств, которые были в дальнейшем разделены на 4 варианта нейрометаболических стратегий; а) ноотропная (пирацетам, пиридитол, аминокислотная, аминокислотная и гопантотеновая кислоты) – 242 курса, б) нейромедиаторная (ипидакрин, холина альфосцерат, леводопа, амантадина сульфат) – 152 курса, в) полипептидная (церебролизин, актовегин, кортексин, семакс, селанк) – 136 курсов и г) общеметаболическая (глутаминовая, ацетиламиноянтарная кислоты, глицин, бенфотиамин, фосфофокреатин) – 97 курсов.

Положительный эффект (ускорение восстановления сознания, существенный регресс когнитивных и астенических нарушений) при всех нейрометаболических стратегиях существенно не различался, находясь в диапазоне 65-69%.

Нежелательные изменения в психическом состоянии (в



основном – развитие возбуждения или других продуктивных расстройств), выявлены после 26% назначений, чаще всего при нейромедиаторной стратегии (37%) реже всего – при полипептидной (16%). При использовании синтетических полипептидов (семакс, селанк) доля курсов с побочными эффектами не превышала 10%.

**Вывод:** различные нейрометаболические стратегии после тяжелой ЧМТ имеют сопоставимую эффективность, но определенными преимуществами в связи с меньшей частотой побочных эффектов обладают полипептидные препараты. Более широкому внедрению в клиническую практику подлежат отечественные синтетические полипептиды (семакс и селанк).

**Зайцев О.С., Минаева Г.С., Каменецкая М.И.**

#### **ВЫБОР АНТИДЕПРЕССАНТА ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЫ МОЗГА**

*Национальный медицинский исследовательский центр  
нейрохирургии им.Н.Н.Бурденко, Москва, Россия*

**Zaitsev O.S., Minayeva G.S., Kamenetskaya M.I.**

#### **CHOICE OF ANTIDEPRESSANT AFTER SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY**

*Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery,  
Moscow, Russia*

**Актуальность:** несмотря на высокую вероятность (25–60%) возникновения депрессий после черепно-мозговой травмы (ЧМТ), пока нет исследований, позволяющих убедительно рекомендовать какой-либо из известных антидепрессантов пострадавшим с тяжелой травмой мозга.

В большинстве исследований эффективность антидепрессивной терапии изучалась на относительно малом

(максимально 26) числе наблюдений, в основном с депрессией у пострадавших с последствиями легкой ЧМТ.

В качестве опций рассматривались дезипрамин, моклобемид, сертралин, комбинация циталопрама с карбамазепином.

Отмечена высокая частота побочных эффектов антидепрессантов при лечении ими пациентов с последствиями ЧМТ, в частности при использовании трициклических препаратов описывались эпилептические припадки, флуоксетина – дизартрия, пороксетина и сертралина – острая акатизия, дезипрамина – мания.

**Цель:** исследовать частоту и эффективность рутинного применения антидепрессантов в процессе восстановления психической деятельности после тяжелой ЧМТ.

**Материал и методы:** динамически (на протяжении от 0,5 до 12, в среднем 2,1±0,3 лет после травмы) изучено 193 пациента с тяжелой ЧМТ. Исследовались все назначения антидепрессантов, сделанных в течение всего периода наблюдения.

**Результаты:** антидепрессанты применялись в разные сроки после ЧМТ у 25% пострадавших, что было существенно меньше доли пациентов, обнаруживавших депрессию (48%). У остальных депрессия либо проходила самостоятельно, либо редуцировалась в результате психотерапевтических воздействий.

Существенная редукция депрессивной симптоматики наблюдалась после 44% назначений антидепрессантов, побочные эффекты – после 52%. Последние чаще всего состояли в замедлении восстановления психической деятельности, нарастании когнитивного и эмоционально-волевого снижения.

Наихудшие результаты отмечены при использовании трициклических антидепрессантов (36% с улучшением, 64% с побочными эффектами), в наблюдениях с назначением

гетероциклических и серотонинергических препаратов терапия была эффективней (59% с улучшением и 29% с побочными эффектами).

Обсуждение: полученные данные подтверждаются выводами других исследований о том, что трициклические антидепрессанты у депрессивных пациентов с последствиями ЧМТ менее эффективны, чем при депрессии без ЧМТ в анамнезе.

Остальные препараты в меньшей степени, чем трициклические соединения, но все же могут снижать когнитивные функции и приводить к своеобразной эмоционально-личностной расслабленности, затрудняющей реабилитационные мероприятия.

Многообещающими представляются новые антидепрессанты с отличным от традиционных препаратов механизмом действия. По последним наблюдениям, агомелатин (вальдоксан ®) эффективен при неглубоких депрессиях, особенно – сочетающихся с диссомнией, а вортиоксетин (бринтелликс ®) – при тоскливых и апатических депрессиях разной степени выраженности. Последний препарат, имея мультимодальное нейромедиаторное действие, может благоприятно действовать не только на депрессивные, но и на весьма частые после тяжелых ЧМТ когнитивные расстройства.

**Заключение:** при выборе антидепрессанта после тяжелых повреждений мозга нужно исключить трициклические препараты, отдавать предпочтение средствам, имеющим не только антидепрессивный, но и прокогнитивный эффект.

**Давлетярова У.М.**

**ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С  
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

*Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Ташкент, Узбекистан*

**Davletyarova U.M.**

**TREATMENT OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH  
POST-TRAUMATIC EPILEPSY**

*Tashkent institute for advanced studies of doctors, Tashkent,  
Uzbekistan*

**Актуальность.** Одним из последствий черепно-мозговой травмы является травматическая эпилепсия (ПТЭ). Распространенность эпилепсии – около 50 случаев на 100000 населения, к числу важнейших причин эпилепсии относится ЧМТ.

**Целью исследования** явилось изучение нарушений высших психических функций (ВПФ) при посттравматической эпилепсии (ПТЭ).

**Материалы и методы.** Было обследовано 63 пациента без признаков снижения интеллекта с различными формами ПТЭ. Под наблюдением были пациенты в возрасте от 17 до 46 лет. У 79% пациентов выявлены парциальные изменения отдельных психических функций. Для коррекции нарушений эмоционально-аффективной сферы применяется психологическая и антиэпилептическая терапия, оказывающих благоприятное воздействие на ВПФ. У 70-80% больных посттравматической эпилепсией отмечены хроническая депрессия или относительно непродолжительный депрессивный эпизод – хотя бы 1 раз за время болезни. Депрессивные расстройства коррелируют с более поздними проявлениями ПТЭ, длительностью заболевания более 8 лет, эпилептиформной активностью на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) в височных отделах левой гемисферы, гипометаболизмом в лобных отделах, применением АЭП с ГАМКергическим механизмом действия (среди них наиболее часто депрессию вызывают барбитураты), феноменом Ландольта.

**Результаты исследования.** При исследовании вальпроевой кислоты в отношении симптомов посттравматической

эпилепсии оценивалась также и его влияние на ВПФ. У 42 больных с различными клиническими формами ПТЭ в возрасте от 22 до 33 лет применяли депакин-хроно в монотерапии и составе комбинированной терапии. В среднем суточная доза составила от 1000 до 1500 мг (средняя 25 мг/кг). Эффективность установлена при всех формах и большинстве типов эпилептических приступов: купирование приступов более чем на 50% - в 46,5 % случаев, полная ремиссия – у 22,5% больных.

**Выводы.** При нейропсихологическом обследовании на фоне приема препарата более 3 мес. отмечено: улучшение внимания. Произвольной регуляции поведения и настроения, уменьшение раздражительности, вялости, утомляемости, повышение подвижности и активности.

**Десятниченко И.В., Вишняков Ю.В.**

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К  
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОТИВОДЕМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ  
ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТОВ**

*ГУ ЛНР Луганский гериатрический пансионат ветеранов войны и труда, ГУ ЛНР Луганский гериатрический дом-интернат*

**Desyatnichenko I., Vishnyakov U.**

**A DIFFERENTIATED APPROACH TO ANTIDEMENTIA DRUG  
THERAPY OF PATIENTS OF THE GERIATRIC INSTITUTIONS**

*Luhansk geriatric boarding house veterans of war and labor, Luhansk geriatric house*

**Актуальность.** В современных условиях перед психиатрами гериатрических интернатов стоит проблема выбора эффективной персонифицированной противодементной терапии, которая должна проводиться длительно.

**Цель.** Сравнение терапевтической эффективности холинергической (Альмер) и глутаматергической (Мемантин)

терапии в зависимости от клинических особенностей болезни Альцгеймера и деменций альцгеймеровского типа.

**Материалы и методы.** Учитывались возможные клинические предикторы эффективности препаратов с разными механизмами действия (Альмер и Мемантин). Выраженность терапевтического ответа сравнивали на протяжении 12-18 мес. в группах больных двух гериатрических интернатов г.Луганска, всего 36 человек. Анализировали следующие параметры: клиническая форма пресенильной и сенильной деменции, тяжесть деменции по MMSE (легкая и умеренная), длительность заболевания до начала терапии, сопутствующая церебральнососудистая патология, возраст (до 65 лет и старше). Также оценивали выраженность различных облигатных составляющих синдрома деменции: когнитивного дефицита, двигательной и волевой дисфункции (апраксия, аспонтанность), эмоциональных нарушений (огрубение, неустойчивость, эйфоричность), присутствие факультативных симптомов – продуктивных психопатологических расстройств (спутанность, тревога, страх, паника, пониженное настроение) и поведенческих расстройств (брутальность, суетливость, дромания). Для оценки эффективности использовали шкалу общего клинического впечатления CGI.

**Результаты.** При лечении легкой деменции для целенаправленного воздействия на когнитивные и интеллектуально-мнестические дисфункции показан как Альмер, так и Мемантин. В случаях, если в структуре синдрома легкой деменции, наряду с интеллектуально-мнестическими расстройствами, выражены явные эмоциональные нарушения, выбор скорее всего должен быть сделан в пользу Мемантина. При наличии в структуре синдрома легкой деменции симптомов тревоги или гипотимического аффекта предпочтителен Мемантин. При выраженной раздражительности показан Мемантин. При

наличии у больных с легкой деменцией эпизодов амнестической спутанности могут быть рекомендованы комбинация Альмера и Мемантина. При умеренной деменции на когнитивный дефицит, а также на двигательные и эмоциональные нарушения наибольшее влияние оказывает Мемантин. При выраженных проявлениях аспонтанности, нарушенной способности сосредоточиться, рассеянности и ослабленном внимании при любой степени деменции можно рекомендовать Мемантин. Присутствие при умеренной деменции выраженной тревоги, страха, панических нарушений также предопределяет выбор курсовой терапии Мемантином. Больным после 65 лет, страдающим сенильной деменцией, на этапе легкой степени выраженности, более показана терапия Альмером, а при раннем начале болезни Альцгеймера - Мемантином.

**Выводы.** Предикторами эффективности применения холинергической и глутаматергической терапии при лечении сенильных и пресенильных деменций, могут являться клинические особенности заболевания, что следует использовать в персонификации длительной противодементной терапии, в т.ч. для повышения качества жизни подопечных гериатрических интернатов.

**Косинский В.П., Смирнова Т.В.**

**ФЕНОМЕНОЛОГИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ**

*СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница», г. Санкт-Петербург*

**Kosinskiy V.P., Smirnova T.V.**

**THE PHENOMENOLOGY OF ANOREXIA NERVOSA**

*«City Alexander's hospital», Saint-Petersburg*

Многие авторы сходятся во мнении, что в основе болезненных переживаний лежит идея понравиться противоположному полу, именно поэтому нервная анорексия часто встречается у молодых девушек, но в последнее время отмечается рост заболеваемости и среди юношей. Высказывания больных часто заключаются в следующем: «Я толстая», «Я ненавижу себя». Очень часто больные пациентки, страдающие нервной анорексией, даже при выраженной потере веса (-35%), наступившей аменорее все равно продолжают утверждать, что они «жирные» и недостаточно худые. Подобные заявления имеют много общего с творениями Альберто Джакометти, который создавал свои скульптуры, отнимая куски глины, вместо того, чтобы наращивать, добиваясь определенного совершенства. Точно так же и больные анорексией пытаются предотвратить растворение собственного «Я» путем «улучшения» собственной внешности. Дело в том, что в поле нашего сознания помимо наших идей, суждений находится множество мыслей, высказываний, суждений других людей. Каким образом наше сознание идентифицирует собственные мысли? Очевидно, существует механизм, который позволяет сознанию отличать собственные мысли от мыслей чужих людей. Наши мысли высоко толерантны по сравнению с мыслями других, но в некоторых случаях эта система может ломаться, в той или иной степени, что очень хорошо было замечено на заре



развития психиатрии немецкими психиатрами. Мысли могут получать оттенок чуждости («мысли стали громкими» «gedanken wurden laut»).

Если мы будем рассматривать идею понравиться другим в качестве основного проявления синдрома анорексии, мы можем зайти в тупик, так как за этим суждением скрывается более глубокое расстройство, которое заключается в расстройстве самоидентификации личности. При более детальных расспросах, больные часто объясняют навязчивое желание похудеть осознанием собственной измененности, сопровождающейся отчуждением многих психических процессов. В том числе утратой единства «Я», изменением тела, искаженным восприятием отдельных частей тела («изменение схемы тела»), что является более глубоким расстройством проявления психической дезинтеграции. Попыткой самоинтегрироваться и является болезненное стремление все больше и больше сбрасывать вес. Здесь важно понять, что такой больной никогда не остановится, сколько бы его не убеждали в его болезненном стремлении, поэтому для нас представляется единственно правильным терапевтическим подходом назначение таким больным нейролептиков в адекватных дозах.

Понятие шизофренического расстройства, разрабатываемое на протяжении ста лет, до сих пор остается неясным и нечетким. По-видимому, имеется огромное разнообразие переходных форм и состояний, наличие шизофренического дефекта никогда не являлось основным критерием для постановки диагноза. Замена диагноза шизофрении на расстройство интеграции, которое будет в новой классификации болезней, показывает, насколько мы все еще далеки от истинных дефиниций понимания этого расстройства.

**Бабарахимова С.Б., Адашвиев Х.А.**

**СПЕКТР АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С  
НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии*

**Babarahimova S.B., Adashviev H.A.**

**SPECTRUM OF AFFEKTIVE DISORDERS IN ADOLESCENTES  
WITH ANOREXIA NERVOSA**

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of Psychiatry,  
Narcology and Child Psychiatry*

**Актуальность:** по данным современных научных исследований (McCarthy M., 1990; McCourt J., Wallis G., 1995; Herworth J., 2009) установлено, что именно под влиянием мощного давления средств массовой информации, рекламы, социальных сетей Интернет-пространства в обществе формируется культ стройного женского тела, параметры фото и топ-моделей; следствием такого рода «информационной обработки» является снижение самооценки, озабоченность фигурой, экспериментирование с диетами и физическими упражнениями, что может служить причиной возникновения расстройств пищевого поведения, начиная уже с 5-летнего возраста (Marocco-Muttini C., 1993).

**Цель исследования:** изучить спектр аффективных расстройств у подростков на различных этапах развития нервной анорексии для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

**Материалы и методы исследования:** было обследовано 28 пациенток в возрасте 14-17 лет, отвечающим диагностическим критериям согласно МКБ-10 F50.0 «Нервная анорексия». Для исследования эмоциональной патологии использовались: шкала оценки депрессии

Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, восьмицветовой тест Люшера.

**Результаты и обсуждение:** на инициальном этапе у 26 обследованных (93%) были выражены: сниженный фон настроения, аффективные колебания, падение работоспособности. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями заболевания. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью (23%), ощущение враждебности со стороны окружающих и формирование отрицательного отношения к близким (36%), эпизоды немотивированной агрессии (55%), навязчивые страхи (16%). Страхи в инициальном периоде нервной анорексии имели дисморфофобический регистр непсихотического уровня. Пациентки с дисморфофобическими симптомами считали себя неинтересными, непривлекательными внешне, высказывали недовольство своим телом, чрезмерным увеличением округлостей бедер, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щёк, слишком большого размера ягодич. На фоне выраженных депрессивных расстройств в 73% случаев возникали суицидальные мысли, в 3% случаев была совершена суицидальная попытка. На этапе кахексии повышалась раздражительность у 80% больных, нарастала вялость в 55% случаев, безразличие у 60% больных, что свидетельствовало об усилении аффективных расстройств. Дистимия отмечалась в 100% случаев. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательное отношение к жизни. В 15% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. На этапе редукции вновь происходило обострение аффективных расстройств.

**Выводы:** психоэмоциональные нарушения выявляются у 93% подростков и находятся в прямой зависимости от этапа развития нервной анорексии. По мере развития заболевания аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя депрессивную симптоматику с суицидальными тенденциями, приводят к нарастающей школьной и социальной дезадаптации подростков.

**Ягубов М.И., Кан И.Ю., Кибрик Н.Д.**

**ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

*Отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций  
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
(МНИИП), г. Москва, Россия*

**Yagubov M.I., Kan I.Yu., Kibrik N.D.**

**CHRONIC PELVIC PAIN: PSYCHOSOMATIC ASPECT**

*Department of Sexology and Therapy of Sexual Dysfunctions  
FGBU «NMIC PN im. V.P. Serbskiy» Ministry of Health of Russia  
(MNIIP), Moscow, Russia*

**Актуальность.** Одной из частых причин обращения пациентов с сексуальными дисфункциями являются своеобразные жалобы на тягостные ощущения, локализующиеся в тазовой области, которые в соответствии с критериями МКБ-10 следует отнести к соматоформным расстройствам. Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью, диагностическими сложностями, способствующими отсутствию своевременного адекватного лечения, что может приводить к затяжному течению соматоформных расстройств с преобладанием сексуальных нарушений.

**Цель исследования.** Изучение клинических особенностей сексуальных дисфункций у мужчин с хроническими тазовыми болями.

**Материалы и методы.** Проанализированы материалы обследования 90 пациентов мужского пола в возрасте в среднем  $35,2 \pm 12,2$  лет, обратившихся в отдел сексопатологии Московского НИИ психиатрии. Диагностическая оценка имеющихся у больных расстройств проводилась согласно МКБ-10 по ведущему нарушению. Применялся клинико-сексологический метод, использовались результаты лабораторно-инструментальных методов обследования.

**Результаты и обсуждение.** Проведенный анализ включал оценку клинической динамики психических и сексуальных расстройств у пациентов, характера партнерской ситуации, конституциональных и личностных особенностей. Телесные сенсации, локализовавшиеся в тазовой области, и являющиеся одним из основных проявлений клинической картины, были сходны с симптомами соматической патологии и могли выступать в рамках моносимптома - алгии (психалгии), либо сочетаться с истероконверсионными расстройствами, такими как спазмы в горле, удушье, озноб, тремор конечностей - истероалгии. Самую многочисленную группу из 40 человек составили больные с соматизированным расстройством. В группу больных с сексуальными дисфункциями, обусловленными ипохондрическим расстройством, вошли 30 мужчин. В третьей группе сексуальные дисфункции у 20 пациентов наблюдались в рамках неврастения.

**Выводы:** В результате проведенного исследования было установлено, что возникновение сексуальных дисфункций и специфика клинической картины у больных с соматоформными расстройствами с преобладанием тягостных ощущений в тазовой области определялись их

психопатологической структурой. При дальнейшей разработке терапевтических мероприятий необходимо, чтобы они были направлены не только на нормализацию сексуальной функции, но и на редукцию психопатологической симптоматики, обуславливающей наличие хронической тазовой боли.

**Абдуллаева В.К.**

**ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ,  
СТРАДАЮЩИХ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

**Abdullaeva V.K.**

**EMOTIONAL AND PERSONAL CHARACTERISTICS OF  
CHILDREN SUFFERING FROM ANXIETY AND PHOBIC  
DISORDERS**

*Tashkent Pediatric Medical Institute*

**Актуальность.** Синдромы тревоги и страхов относятся к числу наиболее распространенных психопатологических феноменов детско-подросткового возраста. Несмотря на высокую распространенность тревожно-фобических расстройств в детско-подростковом возрасте, они длительно не распознаются или недооцениваются. Интервал между возникновением очерченной фобической симптоматики и первичным обращением за специализированной помощью может превышать десять лет. Такая ситуация обусловлена комплексом факторов, к которым относится частичная синонимичность базовых понятий «тревога», «страх» и «фобия», не позволяющая провести их строгое разграничение.

**Цель исследования** – изучение эмоционально-личностных особенностей детей, страдающих тревожно-фобическими расстройствами.

**Материал и методы исследования.** В ходе исследования нами было обследовано 35 детей школьного возраста с тревожно-фобическими расстройствами, находящиеся на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г. Ташкента. Применялись клиничко-психопатологический, экспериментально-психологические и клиничко-статистические методы.

**Результаты исследования.** Выявлено, что характерными личностными особенностями детей, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, были замкнутость, неуверенность в себе, зависимость от других. Они обнаруживали напряженность и возбудимость, иногда сочетающуюся с импульсивностью. Для них было свойственны неустойчивость настроения, повышенный уровень тревожных переживаний ребенка в последнее время, связанных с особенностями его самооценки, уверенности в себе и с оценкой перспектив; тревоги во взаимоотношениях со сверстниками; тревоги, связанной с оценкой окружающих. При исследовании фобических расстройств нами было выявлено, что количество страхов, испытываемое детьми с тревожно-фобическими расстройствами, значительно превышает нормативные показатели для детей младшего школьного возраста. Значительную часть страхов, которые испытывали дети исследуемой группы, составляли инстинктивные страхи темноты, заболеть, стихии, замкнутых пространств, больших площадей, уколов, крови.

В зависимости от структуры семьи различным оказался вклад патологизирующего типа воспитания в усиление тревожно-фобических переживаний и паттерны малоадаптивного защитно-совладающего поведения детей. Патологизирующий тип воспитания способствовал увеличению страхов и усилению тревожной симптоматики, взаимосвязан с использованием детьми малоадаптивных защитных механизмов, направленных на уход от реальности.

Негармоничный тип воспитания взаимосвязан с системой отношений ребенка, и сказывается как на его самооценке, так и на восприятии членов семьи.

**Выводы.** Таким образом, дети, страдающие тревожно-фобическими расстройствами, характеризовались искажением образов себя и значимых других, повышенной эмоциональной возбудимостью, фрустрированностью, трудностями в сфере межличностных отношений. Характер расстройства проявлялся в большом количестве страхов и склонности реагировать на психогенные факторы нарастанием астении и повышением вегетативной реактивности. При совладании со стрессом они склонны к различным замещающим реакциям, содержание которых отражает проявления агрессии направленной, как на другого человека, так и на себя.

**Абдуллаева В.К.**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С  
ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

**Abdullaeva V.K.**

**PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH ANXIETY-  
PHOBIC DISORDERS OF NEUROTIC LEVEL**

*Tashkent Pediatric Medical Institute*

**Актуальность.** Тревожно-фобические расстройства широко распространены среди различных групп и популяций людей во всем мире. Тревожно-фобические реакции дезадаптации часто проявляются на фоне хронических соматических заболеваний. При этом заболевание представляет собой коморбидное расстройство, когда на фоне соматической патологии возникает невротическая симптоматика.



Ухудшение психического состояния больного, усугубляющее его соматическое состояние, заметно снижает толерантность к стрессу. При этом отмечается так называемая «послестрессовая психосоматическая беззащитность», вызывающая повышение чувствительности к любым раздражителям внешней среды после перенесенного стресса.

**Цель исследования.** Исследовать психологические особенности пациентов с тревожно-фобическими расстройствами невротического уровня.

**Материал и методы исследования.** В ходе исследования нами было обследовано 38 пациентов с тревожно-фобическими расстройствами в пограничном отделении Городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. Отбор больных проводился согласно критериям МКБ-10 F40 Фобические тревожные расстройства. Применялись клинико-психопатологические, экспериментально-психологические и клинико-статистические методы.

**Результаты исследования.** Содержание фобических нарушений включает, с одной стороны, сюжеты: темноты, высоты, глубины, мистическими сюжетами. С другой стороны, фабула фобий заимствует информацию, доступную больному о катастрофах (техногенных авариях, природных катаклизмах). В контексте клинической квалификации рассматриваемых расстройств речь идет о двух психопатологически гетерогенных категориях – монофобиях, и синдромально очерченных, клинически более полиморфных тревожно-фобических, обсессивно-фобических состояниях. Среди монофобий преобладает никтофобия (34,1 %), тогда как на все остальные, весьма разнообразные страхи приходится в общей сложности 25,6%. В пределах второй из выделенных выше категорий - психопатологически завершенных синдромальных образований (38,9 %)

максимальная доля – 20,7% – приходится на социофобические состояния. В ходе исследования была выявлена патогенетическая неоднородность фобических образований. В обследованной выборке конституционально обусловленные изолированные фобии с простой конкретной фабулой, ассоциированной с природной средой и животными, выявлены у 21% больных. Батео-, акро-, бронто-арахно-, офеофобии сопровождались психологически понятным избегающим поведением, непосредственно связанным с их сюжетами. Мизофобические страхи объединяли боязнь загрязнения, заражения «микробами вообще».

**Выводы.** Таким образом, изолированные фобии воспринимаются больным как часть его сущности и не приводят к дезадаптации. К ним примыкают фобии природных катаклизмов, техногенных аварий и катастрофических событий, не затрагивающих непосредственно пациента. Они имеют социогенную природу, воспринимаются как нечто абстрактное. Они изменчивы по фабуле, редко сопровождаются избегающим поведением. При фобиях, развивающихся по реактивно-невротическому механизму, стрессорная ситуация, как правило, касается непосредственно пациента. Значимую роль в их формировании играет личностная структура – выраженность сенситивного радикала, повышенная впечатлительность, неуверенность в себе, склонность к тревожным ожиданиям.

**Митина Ю.В., Гаврилова Н.А.**

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ  
НЕФТЕДОБЫВАЮЩЕГО КОМПЛЕКСА, РАБОТАЮЩИХ В  
МЕСТНОСТИ, ПРИРАВНЕННОЙ К УСЛОВИЯМ КРАЙНЕГО  
СЕВЕРА**

*«Медсанчасть №36», Ангарск, Россия*

**Mitina Yu.V., Gavrilova N.A.**

**MENTAL DISORDERS OF SPECIALISTS OF THE OIL-  
PRODUCING COMPLEX WORKING IN THE LOCALITY,  
EQUATED TO THE CONDITIONS OF THE FAR NORTH**

*Medsanchast 36, Angarsk Regional Psychiatric Hospital, Angarsk,  
Russia*

**Актуальность.** Современные требования российской экономики направлены на развитие нефтяной и газовой промышленности, освоение новых месторождений добычи нефти и газа. Большинство природных ресурсов расположены на отдаленных территориях России, Крайнего Севера и Заполярье. Расширяя территории нефтедобычи, промышленные предприятия привлекают огромное количество специалистов из разных регионов России для реализации проектов. Работа вахтовым методом регламентирована законодательством России (ТК). Условия труда характеризуется повышенной сложностью и экстремальными природными условиями (температурный режим, отдаленность от населенных пунктов, сменный график работы и др.) Характерной особенностью является воздействие на работников нефтедобычи опасных и вредных факторов, влияющих на здоровье людей (физические перегрузки, психическое напряжение, шум, вибрация, токсическое действие газов). В связи с чем возникает необходимость разработки методов диагностики и сохранения здоровья профессионалов.

**Цель.** Изучение психического здоровья работников нефтедобывающей промышленности, работающих в отдаленных районах Иркутской области.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели проводилось исследование работников нефтедобычи, работающих на Севере Иркутской области вахтовым методом (28 дней вахта. 28 дней отдых) в течение 2016 - 2017 гг. Врачом психиатром осмотрено 1158 работников, выполняющих разные трудовые обязанности: инженерно-технический состав, рабочие специальности (операторы технологических установок, операторы добычи нефти и газа, операторы товарные, операторы котельной, электромонтеры, слесари-ремонтники, машинисты, трубопроводчики линейные и др.), специалисты (бухгалтер, лаборант, эколог, диспетчер). Возрастной состав работников от 23 до 53 лет (средний возраст 34,3 года). Стаж работы на месторождении от 1 года до 15 лет (средний стаж работы 5,6 года). Все обследованные работники представляли лиц мужского пола (99,8%), признанными врачебной комиссией практически здоровыми. Методы исследования: анкетирование, клинико-психологическое исследование, патопсихологическое исследование: с целью изучения когнитивной сферы работников (методика воспроизведение 10 слов, тест на концентрацию внимания, тест Люшера, тест депрессии Гамильтона, тест Векслера).

При выявлении психических нарушений, состояние оценивалось согласно критериям МКБ-10.

**Результаты.** Анализ полученных результатов позволяет выявить группы риска по развитию психоэмоциональных расстройств. Первую группу составляют работники, осуществляющие добычу нефти и газа. Работа связана с огромным количеством вредных и опасных производственных факторов (приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской

Федерации от 12 апреля 2011года №302н): физические перегрузки, смеси углеводородов(нефть, бензин), работы, непосредственно связанные с обслуживанием сосудов под давлением, работы во взрыво- и пожароопасном производстве. Среди них наибольший процент выявлен органических психических расстройств (F06-F07), соответствующих критериям МКБ-10. Для данной группы характерно снижение когнитивной продукции, ухудшение памяти, трудности обучения, сосредоточения внимания. В анамнезе большинство из обследуемых имеют заболевания сердечно-сосудистой системы, перенесенные травмы головы, нарушения зрения. Для этой категории работников возникают трудности сосредоточения на качественном выполнении своих трудовых обязанностей, снижение толерантности к нагрузкам и высоким риском возникновения ошибок в процессе работы. Вторую группу составляют работники инженерно-технического состава. Специфика работы связана с высоким психоэмоциональным напряжением. высокой степенью ответственности за работу и обеспечение безопасности на производстве, выполнением сверхсрочных задач в сжатые сроки. Согласно приказа министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011года №302н психоэмоциональное напряжение не относится к вредным и опасным производственным фактором. Однако существенно влияет на качество выполнения профессиональной деятельности и качество жизни самого работника. Среди данной группы выявляются лица , имеющие невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F45), соответствующие критериям МКБ-10. Для данной категории работников характерен высокий уровень тревожности, нарушение сна, выраженные вегетосоматические расстройства, что также мешает

оперативному решению поставленных задач и способствует снижению качества выполняемой работы.

**Выводы.** Проведенное диагностическое исследование свидетельствует о наличии психопатологических расстройств у работников нефтедобывающей промышленности и позволяет в дальнейшем изучать и разрабатывать безопасные условия труда работникам.

**Абдуллаева В.К., Мамакаримов О.М.**

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ СО СТРЕССОМ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

**Abdullaeva V. K., Mamakarimov O.M.**

**CLINICAL FEATURES OF PARANOID SCHIZOPHRENIA ASSOCIATED WITH STRESS**

*Tashkent Pediatric Medical Institute*

**Актуальность.** На сегодняшний день одной из актуальных задач, стоящих перед психологической и общемедицинской практикой, является выявление и предупреждение факторов риска различных заболеваний. Актуальность данного исследования определяется также тем, что в настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения, психические заболевания шизофренического спектра остаются самыми распространенными заболеваниями современности. Взаимодействие психогенных факторов и расстройств шизофренического спектра остаются и в настоящее время одним из сложных и дискуссионных вопросов клинической психиатрии.

**Целью исследования** явилось изучение клинических особенностей параноидной шизофрении в условиях психотравмирующей ситуации.

**Материалы и методы исследования.** Клинико-психопатологическим методом обследовано 44 пациента в возрасте 17-30 лет, перенесших дебют параноидной шизофрении в условиях воздействия психической травмы.

**Результаты исследования.** У 55,4% обследованных больных преморбидно преобладали личностные радикалы тормозимого круга. Чаще встречались шизоидные (28,4%), ананкастные и тревожные (22,9%,  $p < 0,05$ ) черты характера. Эксплозивные, паранойальные, эмоционально неустойчивые, синтонные качества личности были свойственны до начала болезни отдельным больным. У больных в анамнезе были выявлены психические нарушения: тимопатические колебания настроения (83,8%,  $p < 0,05$ ), которые у большинства больных носили сезонный характер (59,4%,  $p < 0,05$ ) и проявлялись субдепрессиями или легкими гипоманиями. В анамнезе 35,1% больных отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки и др.), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к маскированным депрессиям. В результате исследования удалось выявить, что в возникновении дебюта параноидной шизофрении под влиянием психической травмы имели значение тимопатические колебания настроения. Психические травмы, предшествовавшие эндогенному заболеванию, оценивались по следующим параметрам: содержание, продолжительность воздействия, прогнозируемость, актуальность, значимость для больного, обратимость психотравмирующих событий. Самым частым (97,3%) сюжетом психотравмирующего воздействия служили ситуации эмоционального лишения, под которыми мы понимали угрозу жизни и здоровью родственника, его смерть, разрыв желанных отношений, разлуку с близким человеком, лишение свободы родственника. 79,8% больных перед началом психоза

перенесли психотравмирующие ситуации угрозы личностному благополучию, под которыми понимались угроза жизни и здоровью больного, угроза лишения свободы, финансовый крах и материальная нужда.

**Выводы.** Таким образом, шизоаффективное расстройство, возникающее на фоне психогенных ситуаций, может проявляться на начальном этапе депрессиями невротического и психотического уровня или остро возникающими психотическими расстройствами. Предрасполагающими факторами дебюта шизофрении после эмоционального стресса предположительно могут быть тормозимые личностные особенности, тимопатические расстройства, часто с сезонным характером и склонность к психогенным депрессиям на протяжении жизни.

**Брюхин А.Е., Окопишникова Е.В., Линева Т.Ю.**  
**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ**  
**ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*ФГБОУ ВПО «Российский Университет Дружбы Народов»,  
медицинский факультет, кафедра психиатрии и  
медицинской психологии, г. Москва*

**Bryukhin A.E., Okonishnikova E.V., Lineva T.U.**  
**THE LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS**  
*FGBOU VPO «Peoples' Friendship University of Russia», Medical  
Faculty, Department of Psychiatry and medical psychology,  
Moscow*

**Актуальность.** Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами, заботами. На качество жизни влияет большое количество факторов, среди которых



главными являются физическое здоровье, психологическое благополучие и социальная активность. У пациентов с нервной анорексией (НА) и нервной булимией (НБ) вышеперечисленные факторы значительно нарушены. Основой НА и НБ является патологическое недовольство собственным телом или дисморфофобия, которая влияет на формирование аффективной патологии и снижает качество жизни. Несмотря на очевидное ухудшение физической, психологической и социальной адаптации этих больных, существует явный недостаток исследований, посвящённой этой проблеме. Своевременная оценка качества жизни этих пациентов дает возможность распознать и предупредить риски, влияющие на здоровье и социальное функционирование.

**Цель.** Изучить показатели качества жизни у пациентов с НА и НБ и корреляционной связи степени недовольства собственным телом с аффективным состоянием и качеством жизни.

**Материалы и методы.** 130 пациентов женского пола с НА и НБ в возрасте 13-44 лет (средний 18). Длительность заболевания от 6 месяцев до 24 лет. Опросник оценки качества жизни (SF-36); Опросник образа собственного тела (ООСТ); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); Результаты. Установлены следующие закономерности оценки физической (PH) и психологической (MH) компоненты здоровья. По показателю PH выявлено: пониженное значение (от 21 до 40 баллов из 100) у 26,92%, среднее значение (от 41 до 60 баллов) у 65,38%, повышенное значение (от 61 до 80 баллов) у 7,69% пациенток. По показателю MH выявлено: низкое значение у 26,92%, пониженное значение у 53,08%, среднее значение у 20% пациенток. Высокого значения качества жизни по PH и MH не зарегистрировано. По ООСТ - выраженная неудовлетворённость собственным телом у 84,62% (n 110), умеренная у 15,38% (n 20) пациенток. По

тесту HADS: субклиническая тревога - 23,85% (n 31), клиническая - 45,38% (n 59) пациенток; субклиническая депрессия - 15,38% (n 20), клиническая - 31,54% (n 41) пациенток. Недовольство собственным телом имеет заметную корреляцию с тревогой и умеренную корреляцию с депрессией. Недовольство собственным телом имеет заметную корреляцию с психологической компонентой здоровья, но слабую корреляцию с физической компонентой здоровья.

**Выводы.** НА и НБ ухудшают качество жизни пациенток, оказывая влияние на эмоциональную, физическую и социальную сферы жизнедеятельности. Недовольство собственным телом или дисморфофобия у пациенток с НА и НБ значительно влияет на их аффективное состояние и психологическую составляющую качества жизни что приводит к социальной дезадаптации. Изучение качества жизни у данного контингента больных помогает подобрать более рациональный метод медикаментозного лечения, психотерапии и реабилитации.

**Клименко Т.В., Шахова С.М., Игумнов С.А., Лобачева А.С., Николкина Ю.А.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ**

*Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ  
«Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации, Москва*

**Актуальность.** В последние годы в Российской Федерации, как и во всем мире, наблюдается тенденция к увеличению числа лиц, потребляющих «новые» психоактивные вещества (НПВ), среди которых преобладают синтетические каннабиноиды (СК) – полные агонисты каннабиноидных СВ1 рецепторов, известные как «спайс». В отечественной и мировой практике до настоящего времени отсутствует систематическое изучение клинико-динамических особенностей зависимости от СК, недостаточно изучена психопатологическая структура острой интоксикации и абстинентного синдрома в результате употребления СК, недостаточно разработана стратегия лечения зависимости с учетом особенностей клинической картины.

**Цель настоящего исследования:** изучить структуру и закономерности развития зависимости от СК и разработать дифференцированные программы лечения для данной категории пациентов. Сопутствующими целями исследования являются мониторинг ситуации и оценка употребления данных ПАВ; клиническая оценка продолжительности и особенности проявлений острой интоксикации, синдрома отмены, влечения к ПАВ, медико-социальных последствий, длительности ремиссий и комплаенса данной категории пациентов.

**Задачи исследования:** 1. Изучить клиническую картину острой интоксикации, синдрома отмены, синдрома

патологического влечения и резидуальных психических расстройств при синдроме зависимости от СК. 2. Разработать программы лечения больных с зависимостью от СК.

**Методы исследования.** В соответствии с целью и задачами работы основными методами исследования были клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, лабораторно-инструментальный и статистический методы. Диагностика синдрома зависимости от СК осуществляется в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10. Для квантификации состояния пациентов в ходе исследования используются следующие диагностические шкалы: шкала динамики психопатологических расстройств; шкала оценки состояния здоровья EuroQoL (EQ-5D), в динамике (1-е и 21-е сутки лечения); визуально-аналоговая шкала влечения к наркотикам, в динамике (1, 7, 14, 21-е сутки лечения); шкала депрессии А. Бека, в динамике (1-е и 21-е сутки лечения); шкала Монтгомери-Асберг, в динамике (1-е и 21-е сутки лечения); шкала оценки позитивных и негативных синдромов, в динамике (1-е и 21-е сутки лечения); индекс тяжести зависимости.

**Результаты исследования.** В соответствии с критериями отбора обследован 81 пациент. В изученной выборке чаще всего устанавливался диагноз зависимости от нескольких ПАВ (F19.2). Только у 26 (32,1%) обследованных пациентов диагностировалась зависимость от СК (F12.2). У большинства обследованных пациентов зависимость от СК сочеталась: с зависимостью от алкоголя (20 чел., 24,7%); с зависимостью от алкоголя, опиоидов и психостимуляторов (16 чел., 19,7 %); с зависимостью от психостимуляторов (14 чел., 17,3%). Этап эпизодического употребления СК продолжался  $3,6 \pm 0,4$  мес. Средняя доза употребляемой курительной смеси составляла  $5,9 \pm 0,2$  г/сутки. Продолжительность систематического употребления до формирования

абстинентного синдрома составила  $2,5 \pm 1,1$  мес. Согласно полученным данным, физическая зависимость при употреблении СК формируется в более короткие сроки по сравнению с зависимостью от природных каннабиноидов, что является свидетельством высокой наркогенности СК. В ходе дальнейшего исследования изучаются: клинические варианты острой интоксикации; синдромальная структура патологического влечения к СК; клинические особенности абстинентного синдрома; психопатологическая структура психотических состояний, вызванных употреблением, либо зависимостью от СК; резидуальные психические расстройства при синдроме зависимости от СК.

**Заключение.** 1. Употребление СК в составе курительных смесей приводит к формированию синдрома зависимости, который характеризуется традиционным для химических зависимостей стереотипом развития. СК в составе курительных смесей обладают тяжелыми токсическими эффектами, что определяет высокую прогрессивность формирующегося синдрома зависимости и тяжесть его основных клинических проявлений. 2. В состоянии интоксикации СК развиваются общеинтоксикационные, соматовегетативные, неврологические и психопатологические расстройства, соотношение которых определяет развитие клинического варианта состояния интоксикации по типу эйфории, по типу оглушения или по типу делириозного помрачения сознания. 3. Патологическое (аддиктивное) влечение к СК характеризуется высокой интенсивностью и выраженностью его всех структурных компонентов, соотношение которых определяет формирование клинического варианта патологического влечения к СК. 4. Резидуальные психические и поведенческие расстройства вследствие употребления СК формируются в короткие сроки и включают нарушения в когнитивной, эмоциональной и волевой сферах. 5. На всех этапах формирования

зависимости от СК и во всех его фазных состояниях возможно развитие острых психотических состояний преимущественно делириозной структуры с возможным утяжелением состояния за счет развития онейроидных и аментивно-подобных расстройств.

6. Интенсивность прогрессивности синдрома зависимости от СК и клинико-динамические особенности ее основных структурных компонентов определяются комплексом клинических и внеклинических факторов, основными среди которых являются перенесенные экзогенные вредности, наличие опыта употребления иных психоактивных веществ, наличие и тяжесть соматоневрологической патологии. Формирование зависимости от СК у лиц без опыта употребления иных психоактивных веществ отличается высокопрогрессивным течением с ускоренным развитием всех последовательных этапов синдрома зависимости от СК, преобладанием в клинике интоксикации общеинтоксикационных расстройств, высокой вероятностью развития психотических состояний. Формирование зависимости от СК в короткие сроки приводит к резкому изменению социального маршрута и грубому нарушению социальной адаптации пациентов за счет увеличения их криминальной активности, разрушения семейных связей и нарушений социально-трудового функционирования.

7. Высокопрогрессивный тип формирования синдрома зависимости от СК и всех его структурных компонентов, а также их полиморфный характер обуславливают необходимость участия в терапевтическом процессе комплексной бригады специалистов с привлечением помимо врача психиатра-нарколога других специалистов (анестезиолог-реаниматолог, терапевт, невролог, психотерапевт, медицинский психолог). Алгоритм проведения комплексных и последовательных лечебно-реабилитационных мероприятий пациентам с зависимостью от СК должен строиться на интегративном

подходе с учетом синдромального стереотипа развития данной зависимости, индивидуальных особенностей течения заболевания и сочетанной соматической и неврологической патологии.

**Абдуллаева В.К.**

**ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ  
БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

**Abdullaeva V.K.**

**FEATURES OF MOTIVATIONAL ORIENTATION OF PATIENTS  
WITH OPIUM ADDICTION**

*Tashkent Pediatric Medical Institute*

**Актуальность.** Мотивационная сфера является одной из основных сторон наркологических больных. С формированием наркомании психологические мотивы, определяющие стремление к употреблению ПАВ на предболезненном этапе, сохраняются и во многом определяют течение заболевания. На этапе формирования клинических признаков зависимости большинство своих психологических задач больные начинают решать патологическим способом – посредством систематической интоксикации (мотивы, определяющиеся потребностью в редуцировании субъективно тягостной психопатологической симптоматики).

**Целью исследования** явилось изучение особенностей мотивационно-побудительной направленности больных опийной наркоманией.

**Материал и методы исследования.** Клинико-психопатологическим методом обследовано 126 больных мужчин опийной наркоманией в возрасте от 18 до 41 лет. Все

пациенты подверглись патопсихологическому обследованию с помощью теста СМИА.

**Результаты исследования.** Мотивационная сфера аддиктивного больного рассматривалась в контексте понятия «личностной составляющей» зависимости от ПАВ. Среди аддиктов преобладали лица с расстройствами личности эмоционально неустойчивого (38,6%), нарциссического (14,2%) и зависимого (18,7%) типов. Именно личностные расстройства определяли особенности мотивационно-побудительной сферы у больных с зависимостью от ПАВ. Другой мотив в динамике зависимости от ПАВ связан с реакциями на собственную наркологическую болезнь, которые определяются характером личностного опосредования болезненной наркотизации, вытекающих из этого негативных соматических, психологических и социальных последствий («нозогенные реакции» по А.О. Фильцу, 1993). В 65,5% случаев нозогенные реакции протекали в виде стертых, атипичных тревожно-апатических и деперсонализационных состояний. Наблюдались усиление явлений эмоционального отчуждения («негативной аффективности»). В 18,5% случаев в картине нозогенных реакций наблюдалась типичная депрессивная симптоматика с кататимно окрашенными идеями вины, чувством стыда, самобичеванием по поводу собственного «безволия». У 10,8% больных встречался гипоманиакальный («отрицающий») тип реагирования на болезнь с праздным образом жизни, отрицанием патологического деструктивного характера наркотизации с убежденностью в его необходимости и даже «пользе» для развития творческих способностей, повышения активности. Выявлено, что в 90% случаев наркологические больные обнаруживали черты амбивалентной нозогнозии. В период абстиненции превалировала гипернозогнозия, за которой скрывалась формальная критичность, легко



сменяющаяся на гипо- и анозогнозию с отрицанием факта зависимости, игнорированием прошлого болезненного опыта.

**Выводы.** Таким образом, выявлены элементы двойственного, расщепленного отношения к болезни и к себе самому. Данное соотношение между отдельными компонентами личностной составляющей, отражающееся на внутренней картине болезни (нозогнозии) было связано с состоянием мотивационно-потребностной сферы больного опийной наркоманией. Выделенные элементы личностной составляющей зависимости от ПАВ преимущественно находились друг с другом в соотношении обратной связи. Личностные особенности определяли напряженность патологического влечения, нозогенные реакции – мотивы к сдерживанию патологического процесса, к прекращению употребления ПАВ.

**Меликсетян А.С.**

**РОЛЬ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ  
РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА У  
БОЛЬНЫХ С КОРОТКИМИ РЕМИССИЯМИ**

*ФГБУ Московский НИИ психиатрии – филиал им. Сербского.  
Отделение психических расстройств, осложненных  
патологическими формами зависимости г. Москва*

С целью выявления обстоятельств, актуализирующих влечение к алкоголю во время ремиссии у больных алкоголизмом, обследовано 100 больных хроническим алкоголизмом (все мужчины) в возрасте от 25 до 60 лет. Во всех случаях диагностирована 2 стадия алкоголизма.

**Результаты и обсуждение.**

F1. В группе пациентов с короткими ремиссиями (ремиссия длилась от трех месяцев до года) по преморбидным особенностям преобладают гипертимные акцентуации. У больных этой группы значительно короче запои по

длительности. Возникновению рецидива способствует актуализация первичного влечения, которое сами больные осознают и удовлетворяют, выпивая спиртное. Характерно для этих больных незначительное количество срывов во время ремиссии и короткое по времени контролируемое потребление алкоголя.

F2. У больных с короткими сроками воздержания во время ремиссии чаще преобладала дисфория, раздражение, особенно на ранних сроках становления ремиссии, когда пациентам приходилось менять ритм жизни, круг общения, вести трезвый образ жизни. Спокойное, ровное настроение в ремиссии способствует ее удлинению. Возникновение беспричинных изменений настроения подразумевает наличие скрытого влечения к опьянению, вынужденный отказ от алкоголя вызывает раздражение, тоску, апатию. Нарушения настроения, особенно в форме дисфорий, способствуют возникновению рецидива. В этом состоянии больные часто без борьбы мотивов стремятся к потреблению спиртного. Однако после возврата к пьянству многие сожалеют о возникшем рецидиве. Несмотря на проведенные «радикальные» процедуры, пациенты при сохранении «веры» в их действие и страха возникновения возможных неприятных ощущений и даже наступления смерти либо «терпят» до истечения срока действия методики и сразу же возвращаются к потреблению алкоголя, либо при отсутствии веры в данную процедуру возобновляют алкоголизацию значительно раньше оговоренных сроков воздержания.

F3. При возникновении неприятных эмоций, после психотравм актуализируется, иногда даже и четко осознаваемое, первичное влечение к опьянению, возникает желание испытать эйфорию и стремление избавиться от тягостного ощущения грусти, тоски, тревоги, вызванное психической травмой. Данная группа отличается более

высокой эмоциональной лабильностью за счет психоорганических изменений.

F4. Уровень полученного образования, социального статуса являются одними из причин, способных удержать больного от возобновления алкоголизации.

F5. Желание «снять усталость», «отдохнуть», «расслабиться» побуждает пациентов возвращаться к потреблению алкоголя. Чаще это происходит в конце рабочего дня (недели), после длительного эмоционального и физического напряжения. Эмоциональным нарушениям пациенты чаще не придают значения, ощущая лишь физическую усталость. Для «улучшения» прибегают к алкоголю. При коротких ремиссиях чаще преобладает неустойчивое эмоциональное состояние. Данная совокупность признаков приводит к рецидиву болезни. От пациентов данной группы редко можно услышать сожаление о возобновлении алкоголизации.

F6. Короткие ремиссии способствуют замедлению течения болезни, однако в сравнении с длительными видны значительные различия. За короткие сроки отказа от спиртного симптоматика, характерная для хронического алкоголизма, возвращается тут же с возобновлением алкоголизации, и больные возвращаются к прежней форме потребления спиртного.

F7. Рецидив у данной группы больных может возникнуть при актуализации ассоциативного влечения. Однако, как было сказано выше, за короткие сроки воздержания симптоматика, характерная для алкоголизма, быстро возвращается, с началом алкоголизации уровень критической дозы достаточно низкий, в силу чего сразу же возникает рецидив.

F8. Спонтанное влечение является одним из определяющих факторов в возникновении рецидива. По мнению части пациентов, рецидиву способствовало резкое, ничем не обусловленное влечение к алкоголю, которое в силу легкой

доступности спиртного реализовывалось в кратчайшие сроки.

**Кардашян Р.А.**

**СОМАТИЧЕСКИЕ, ВЕГЕТАТИВНЫЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ УВЛЕЧЕННОСТЬЮ КОМПЬЮТЕРНЫМИ ИГРАМИ**

*ФГАОУ ВПО Российский университет Дружбы народов, медицинский институт, кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР, Москва, Россия*

**Kardashian R.A.**

**SOMATICAL, VEGETATIVE AND NEUROLOGIC ASPECTS IN STUDYING GENERAL EDUCATION ESTABLISHMENTS WITH THE DIFFERENT DEGREE BY ENTHUSIASM BY THE COMPUTER GAMES**

*Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Professional Education; Russian University of Peoples' Friendship, Medical Institute, Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, Faculty of PGE MR, Moscow, Russia*

**Актуальность.** Сегодня повышенная увлеченность и распространенность различными видами компьютерной деятельности наблюдается не только в крупных мегаполисах, но и в маленьких населенных пунктах и затрагивает людей различного возраста, особенно школьников, а также студентов и взрослых.

В средствах массовой информации и научной литературе мало сообщений, предупреждающих об опасном влиянии компьютерной деятельности на психику подростков: неспособность учащегося переключаться на другие развлечения, чувство мнимого превосходства над

окружающими, оскудение его эмоциональной сферы, агрессивное поведение, сужение круга интересов, стремление к созданию «собственного, виртуального мира», уход от реальности, социальная изоляция, трудность в межличностных контактах, снижение школьной успеваемости (Волкова Е.Н, Гришина А.В., 2014). Дополнительным негативным фактором является присоединение вегетативных, соматических и неврологических расстройств: снижение остроты зрения, боли в спине, онемение пальцев кистей рук, быстрая утомляемость, расстройства сна, нарушения опорно-двигательного аппарата (искривление позвоночника, нарушения осанки) и пищеварительной системы (нарушение питания) и т.д .

**Целью** проведенного нами исследования явилось изучение распространенности соматических, вегетативных и неврологических проявлений у учащихся общеобразовательных учреждений с разной степенью увлеченностью компьютерными играми.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на базе 2 муниципальных общеобразовательных учреждений г. Сергиев Посад (школы 4, 14) Московской области и в отделе реабилитации НИИ наркологии филиала ФГБУ ФМИЦПН МЗ РФ с 2012 по 2014 годы.

Для решения поставленных задач было обследовано 473 учащихся в возрасте  $14,6 \pm 2,4$  лет (276 чел. муж. пола, 58,3% и 197 жен. пола, 41,7%), 135 родителей (59 муж., 43,7% и 76 жен. пола, 56,3%) школьников и 28 педагогов образовательных школ (7 муж., 25% и 21 жен. пола, 75%), где обучались респонденты. Из исследования исключались ученики с хроническими соматическими, неврологическими заболеваниями в стадии обострения и психическими расстройствами.

**Методы исследования.** Эпидемиологический: анкетирование – социальное интервью учащихся, родителей, педагогов. Клинический: а) клинический динамический осмотр б) особенности биографий, опрос родителей и сведения от педагогов; Статистический: непараметрические методы обработки данных, критерий Колмогорова – Смирнова (параметрический м-д), t-критерий Стьюдента, метод Пирсона (метод квадратов), корреляционный анализ, описательная статистика, анализ качественных и порядковых признаков, сравнительный анализ двух групп. Скрининговые опросники: Тесты для учащихся: «Идентификация КЗ»; Такера; интернет-аддикция Никитина и Егорова (2005) в модификации Коньгиной; Л.Н. Юрьевой и Т.Ю. Больбот; Тест и опросник для родителей на выявление КИЗ у детей; Анкета для раннего выявления педагогами КИЗ у учащихся.

**Результаты.** Детей и подростков, которые ситуационно общались с компьютером, играли в компьютерные игры, использовали интернет не более 1 часа в день и сам процесс игры не являлся значимой ценностью, предметом патологического (мощного, непреодолимого) влечения, мы отнесли к группе с естественным интересом к компьютерным играм (ЕИКИ).

Школьников, использующих компьютер, интернет, компьютерные игры от 1 до 4 часов в день, имеющих нарушения в когнитивной, поведенческой, аффективной и соматической сферах, чувствующих легкую разбитость, общую слабость после игры, иногда забывающих о своих обязанностях, учебе, домашних делах, характеризующихся снижением эмпатии к близким, нарастанием конфронтации с родителями, снижением интереса к другим видам досуга, но без сформированной зависимости, мы отнесли в группу с увлеченностью к компьютерным играм с вредными последствиями (УКИВП).

Учащихся, у которых имелись ряд характерных психопатологических проявлений таких как: патологическое влечение, синдром игрового «транса», абстинентный синдром, рост толерантности более 4 часов в день, изменения личности, забывчивость о своих обязанностях, об учебе, о домашних делах, не соблюдение общих правил гигиены и питания, мы отнесли к группе со стадией компьютерной игровой зависимости (КИЗ).

В результате проведенного исследования было установлено, что из всех 473 учащихся (276 муж., 57,7% и 197 жен., 42,3% пола) 396 (220 муж., 57,7% и 176 жен., 42,3% пола) составляли группу естественного интереса к компьютерным играм (ЕИКИ), соответственно 51 (33 муж., 67,5% и 18 жен. пола, 32,5%) – группу со стадией увлеченности к компьютерным играм с вредными последствиями (УКИВП) и соответственно 26 (21 муж., 80,9% и 5 жен. пола, 19,1%) – группу со стадией компьютерной игровой зависимости (КИЗ). Было установлено, что 42,1% учащихся (199 чел.) не соблюдали правила защиты от негативного влияния компьютера (оптимальное расстояние от монитора до глаз, освещение, зарядку для глаз), 28,3% (134 чел.) – соблюдали, а 29,6% (140 чел.) – иногда соблюдали.

За компьютером правильную осанку соблюдали 34,2% учащихся (162 чел.).

Утомляемость за компьютером отметили 17,1% учащихся (81 чел.).

У детей и школьников группы с ЕИКИ мы не выявили соматических, вегетативных и неврологических расстройств. Учащиеся группы с УКИВП. Соматоневрологические расстройства имели место в 100% наблюдений (51 чел.). У 29,4% школьников (15 чел.) обнаружили онемение пальцев рук, у 15,7% (8 чел.) – боль в кистях рук, у 17,6% (9 чел.) – боль в спине, у 9,8% (5 чел.) – головную боль, у 7,8% (4 чел.) – беспокойный сон, у 19,6% (10 чел.) – сухость и жжение глаз.

Одновременно боль в спине и кистях рук зафиксировали у 9,8% учеников (5 чел.), боль в кистях рук и онемение пальцев рук – у 11,7% (6 чел.), головную боль и боль в спине – у 7,8% (4 чел.).

Учащиеся группы с КИЗ. Вегетативный компонент синдрома отмены проявлялся в 19,2% случаев (5 чел.). Больные высказывали жалобы на сердцебиение, головокружение, тахипноэ, повышенную потливость, покраснение кожи лица, общий дискомфорт, повышения АД. Диссомнические расстройства были выявлены у 19,2% учеников (5 чел.): нарушение ночного сна с неприятными сновидениями, угрожающего характера, сценами из компьютерных игр.

Из соматоневрологических нарушений наблюдались различные их сочетания. В 34,6% случаев (9 чел.) выявляли сочетания боли в спине с болью в кистях рук, в 23,1% (6 чел.) – совмещение боли в спине с головными болями. В 11,5% наблюдений (3 чел.) наблюдали одновременно боли в кистях рук и онемение пальцев рук, у 19,2% лиц (5 чел.) зафиксировали сочетание головных болей с онемением пальцев рук. У 11,5% учеников (3 чел.) зарегистрировали совмещение жжения глаз с онемением пальцев рук.

**Заключение.** Таким образом, чрезмерное увлечение компьютерными играми, интернетом ведет к присоединению вегетативных, соматических и неврологических расстройств. Поэтому очень важно среди подростков распространять информацию о комфортной и счастливой жизни без чрезмерного использования компьютера и интернета. Школьники с самого раннего возраста должны знать о пользе здорового образа жизни – спорте, о правильном питании, соблюдении режима дня, развитии талантов или знаний в определенной области и о вероятности формирования компьютерной игровой и интернет зависимости.



**Бабарахимова С.Б., Адашвоев Х.А.**

**СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ДЕТЕРМИНАНТЫ  
ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии*

**Babarahimova S.B., Adashvov H.A.**

**FAMILY DETERMINATION INTERNET ADDICTIVE BEAVIOR**

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of Psychiatry,  
Narcology and Child Psychiatry*

**Актуальность:** Согласно данным российских исследователей (С. Минухин 2014, Н.А. Москвичева 2015, Даничкина В.Е., 2017), семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения.

**Цель исследования:** изучить семейные отношения как социальные факторы формирования интернет-зависимого поведения у детей и подростков.

**Материал и методы** исследования: объектом для исследования было выбрано 68 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 10 до 16 лет. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» (Д.Олсон, Д.Портнер).

**Результаты и их обсуждение:** Большинство обследованных детей и подростков были из семей, которые имели дисфункциональные семейные отношения. Среди них 15% росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей (одного из родителей) или отягощенность психической патологией, что в свою очередь

обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в дисфункциональных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анализ полученных данных установил 26% подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. По результатам диагностики «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. При амбивалентном типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишенной ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формированию акцентуации характера.

**Выводы:** проведенное исследование влияния стилей родительского воспитания на особенности развития интернет-зависимого поведения установило, что на формирование интернет-аддикции у детей и подростков важная роль принадлежит воспитательному значению семьи. Семейные отношения оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции.

**Тимербулатов И.Ф., Ахмадеев Р.Р., Юлдашев В.Л.,  
Евтушенко Е.М., Тимербулатова М.Ф.**

**ЗРИТЕЛЬНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ КАК  
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР АСТЕНИЧЕСКИХ  
СОСТОЯНИЙ У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРАМИ**

*ГАУЗ Республиканский клинический центр психотерапии МЗ  
РБ, Уфа*

*Кафедра психотерапии с курсом ИДПО, Башкирский  
государственный медицинский университет, г. Уфа*

**Timerbulatova M.F., Evtushenko E.M., Timerbulatov I.F.,  
Ahmadeev R.R., Juldachev V.L.**

**VISUAL EVOKED POTENTIALS AS A NEUROPSYCHOLOGICAL  
MARKER OF AN ASTHENIC STATES OF COMPUTER USERS**

*State autonomic public health care institution Republican Clinical  
Center of Psychotherapy, Ufa*

*Department of Psychotherapy Bashkir State Medical University,  
Ufa*

**Актуальность.** Объективизация диагностических и исследовательских методов остается одной из актуальных проблем психиатрии и психотерапии. Это в полной мере относится и к таким состояниям как Интернет-аддикции и синдром пользователей компьютером. За последние несколько лет в отечественной психиатрии, и значительно раньше – в зарубежной, возобновился интерес к электрофизиологическим методам исследования головного мозга в норме и при психопатологии, что связано с совершенствованием нейропсихологических техник.

**Целью исследования** стало изучение реакции усвоения ритма (РУР) зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) при компьютерной нагрузке различной продолжительности.

Материалы и методы. Исследование проведено с участием клинически здоровых студентов (n=12), у которых в

стандартных лабораторных условиях была осуществлена регистрация реакции усвоения ритма (РУР, n=48) по строго унифицированной схеме: до компьютерной зрительной нагрузки (КЗН) и через 15, 30 и 45 минут от ее начала.

**Результаты и обсуждение.** Во всех фазах эксперимента вызванная ритмическая электрическая активность головного мозга у наших испытуемых не имела каких-либо патологических отклонений. При анализе амплитудно-временных характеристик РУР выявляются три типа реакции. При первом типе снижение амплитуды ритмического вызванного зрительного потенциала (ритмЗВП) произошло уже на 15-й минуте компьютерной зрительной нагрузки. В соответствии с классическими представлениями можно сказать, что это слабый тип ВНД. Для второго (сильного подвижного) типа РУР характерны в целом достаточно стабильные показатели амплитуды от начала до окончания регистрации с некоторыми «провалами» в средние сроки регистрации. И, наконец, третий тип отличается стабильной ритмической электрической активностью мозга, в отдельных случаях при предъявлении компьютерной зрительной нагрузки даже прослеживается тенденция к росту амплитуды РУР, что вполне соответствует сильному устойчивому типу ВНД.

Колебательные процессы в нейронных сетях находятся под совокупным воздействием как внешних (пространственная и временная суммация) так и внутренних свойств нейронных сетей (уровень мембранных потенциалов отдельных нейронов, преобладание тормозных или возбуждающих синаптических потенциалов и т.д.) (Buzsaki & Draguhn, 2004).

Нейрофизиологические сведения о ритмических процессах при зрительном восприятии и обработке зрительной информации дают возможность для трактовки рассмотренных выше результатов на нейрофизиологическом

уровне. Снижение амплитуды РУР при предъявлении компьютерной зрительной нагрузки мы объясняем усилением тормозных процессов в нейронных сетях зрительной системы.

**Заключение.** Представленные данные служат дополнительным аргументом в пользу регистрации зрительных вызванных потенциалов в качестве нейropsychологического маркера в диагностике астенических состояний у пользователей компьютерами.

**Ахмадеев Р.Р., Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л.,  
Тимербулатова М.Ф., Евтушенко Е.М.  
КРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТОТА СЛИЯНИЯ МЕЛЬКАНИЙ КАК  
ПОКАЗАТЕЛЬ АСТЕНИЗАЦИИ У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ  
КОМПЬЮТЕРОМ**

*Кафедра психотерапии с курсом ИДПО, Башкирский  
государственный медицинский университет, г. Уфа  
ГАУЗ Республиканский клинический центр психотерапии МЗ  
РБ, Уфа*

**Ahmadeev R.R., Timerbulatova M.F., Evtushenko E.M.,  
Timerbulatov I.F., Juldachev V.L.  
CRITICAL FREQUENCY MERGERS AS AN INDICATOR OF  
MENTAL FATIGUE OF COMPUTER USERS**

*State autonomic public health care institution Republican Clinical  
Center of Psychotherapy, Ufa  
Department of Psychotherapy Bashkir State Medical University,  
Ufa*

**Актуальность** исследования нервно-психических функций у пользователей компьютерными и информационными технологиями определяется их лавинообразным ростом и внедрением во все сферы современной жизни, что вызывает параллельный рост психических недугов. Также остается

актуальным внедрение в психотерапевтическую практику объективных методов исследования. Одним из таких методов является определение критической частоты слияния мельканий – КЧСМ, отражающее сбалансированность базовых нейрофизиологических процессов мозга.

**Цель работы** - исследовать восприятие ритмических световых стимулов в ходе компьютерной нагрузки.

**Материалы и методы.** Исследование проведено с участием клинически здоровых студентов ( $n=182$ ), у которых в лабораторных условиях общепринятым методом была определена КЧСМ. Для оценки характера и продолжительности использования студентами компьютера, а также определения наличия и выраженности признаков психоастенизации было проведено клинико-психологическое обследование.

**Результаты.** Статистически значимое снижение хроматической КЧСМ ( $p<0,001$ ) по всему массиву данных произошло после 30-минутной компьютерной зрительной нагрузки до  $37,7\pm 3,9$  Гц. При более детальном анализе и распределении данных по типу реакции были получены три группы: повышенная, сниженная и устойчивая КЧСМ. Наибольшее количество испытуемых (47,8%) показало стабильную КЧСМ. У сопоставимого числа испытуемых (45,0%) наблюдалось снижение КЧСМ, что указывает на функциональные изменения и появление признаков психоастенизации. Особый интерес представляет группа (7,2%) демонстрирующая повышение частоты слияния мельканий в процессе компьютерной нагрузки, поскольку именно такой процент соответствует интернет-аддиктивному поведению.

Ранее (Yi Jiang, Ke Zhou & Sheng He, 2007) было показано, что при восприятии зрительной информации, требующей четкого временного разрешения, наибольшая активация обнаруживается в экстрастриарной затылочной области. При

этом, для восприятия дискретности стимулов важную роль играют тормозные процессы, разделяющие следующие друг за другом фазы возбуждения в этих структурах.

Эти данные указывают на то, что у наших наблюдаемых различия в восприятии КЧСМ при компьютерных зрительных нагрузках могут быть обусловлены различной активностью процессов нейронального торможения. У лиц со снижением КЧСМ происходит активация тормозных механизмов, при стабильной частоте слияния мельканий нейронные механизмы уравновешены. В наиболее общем плане это вполне соответствует парадигме центрального торможения, которое, с одной стороны играет ключевую роль в обработке зрительных сигналов, и с другой стороны – обеспечивает защиту корковых нейронов от перевозбуждения.

**Заключение.** Представленные данные показывают достаточно высокую диагностическую эффективность определения КЧСМ при оценке психастенических состояний у пользователей компьютерными технологиями.

**Срыбник М.А., Эльман К.А., Глазова О.А.**  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО**  
**НАПРЯЖЕНИЯ УЧИТЕЛЕЙ МЕТОДОМ ФАЗОВЫХ**  
**ПРОСТРАНСТВ**

*БУ ВО «Сургутский государственный университет»,  
г.Сургут, Россия*

**Srybnik M.A., Elman K.A., Glazova O.A.**  
**A COMPARATIVE ANALYSIS OF MENTAL STRESS IN**  
**TEACHERS METHOD OF PHASE SPACES**

*«Surgut state University», Surgut, Russia*

**Введение.** Первые исследования «синдрома выгорания» («психического выгорания» или «эмоционального выгорания» (ЭВ)) начались за рубежом [1, 4]. Под «психическим

выгоранием», согласно международной классификации болезней (МКБ-10), понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в различных видах деятельности. Стрессовые нагрузки эмоционального, психофизиологического, экологического и другого характера все больше влияют на современного человека.

**Методы исследований.** В феврале 2017 года (при среднесуточной температуре атмосферного воздуха около минус 35°С) было проведено обследование 292 учителей образовательных учреждений города Сургута (109 человек) и образовательных учреждений г. Тюмени (183 человека) Ханты-Мансийского автономного округа – ЮГРА.

В данном исследовании изучалась взаимосвязь степени «выгорания» с показателями кардио-респираторной системы (КРС) и вегетативной нервной систем (ВНС). В связи с этим использовались следующие методики - метод пульсоинтервалографии с помощью пульсоксиметром ЭЛОКС-01 (фиксирование показателей КРС и ВНС) и тест Бойко «Эмоциональное и профессиональное выгорание».

При изменении состояния организма человека переменные характеристики ритма сердца позволяют оценить выраженность сдвигов симпатической и парасимпатической активности ВНС. Методика исследования ряда показателей ВНС сводится к применению метода пульсоинтервалографии, в котором основным критерием является показатель колебаний длительности межимпульсовых интервалов по отношению к среднему уровню. Используя данный метод можно получить информацию, характеризующую процессы управления основными жизненными функциями организма человека под воздействием различных факторов.

**Результаты исследований.** В результате диагностики работников образовательных учреждений Сургута и г. Тюмени были получены эмпирические данные об уровне



развития «психического выгорания», сформированности фаз и их симптомов. Синдром ЭВ включает в себя три основные стадии: «несформированности» (в пределах нормы), «формирования» и «сформированности» (за пределами нормы). При детальном анализе каждого из 12 симптомов всей выборки полученных результатов были выявлены симптомы, у которых показатели «за пределами нормы» более 50 %. К ним относятся (в порядке убывания) «неадекватное эмоциональное реагирование», «редукция профессиональных обязанностей», «эмоционально-нравственная дезориентация», «переживание психотравмирующих обстоятельств», «расширение сферы экономии эмоций».

**Вывод.** Полученные в данном исследовании результаты подтверждают необходимость проведения подобных исследований в разные сезонные периоды и при большой выборке испытуемых.

**Бычкова А.С.**

## **ГИПНОЗ В ПСИХОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ**

*Кафедра наркологии и психотерапии ГОУ ИПК ФМБА России*

Психотерапия депрессивных расстройств - задача сложная и неоднозначная. По мнению большинства исследователей (Бек А. и др., 2003; Минутко В.Л., 2006; Смулевич А.Б., 2001) основными мишенями при проведении психотерапевтической коррекции у депрессивных пациентов должны быть симптомы депрессии и тревоги, ощущение собственной беспомощности, а кроме того, важной задачей является создание внутренних опор, веры в свои силы и возможности излечения. Психотерапия является эффективной в терапии широкого спектра депрессивных расстройств. Эффект при лечении депрессии легкой степени тяжести с помощью методов психотерапии сопоставим с эффектом от лечения антидепрессантами, а побочных эффектов меньше. При этом риск развития рецидивов депрессии существенно ниже при использовании методов психотерапии, т.к. пациент больше контролирует свое эмоциональное состояние и обучается оказанию самопомощи в ситуациях, потенциально опасных для развития депрессии.

В психотерапии депрессий золотым стандартом является метод когнитивно-поведенческой психотерапии. Центральное место в понимании причин развития депрессивных состояний, с точки зрения когнитивно-поведенческой психотерапии, принадлежит теории об автоматических мыслях (Бек А. и др., 2003). Согласно данной теории, автоматические мысли - это те мысли, которые постоянно приходят человеку в голову в течение всего дня. Особенностью пациентов с депрессивными расстройствами является то, что эти мысли отличаются мрачностью и сосредоточены на теме потери. Когнитивная триада, по А.Беку, - это тенденция к определенным автоматическим

мыслям у депрессивных пациентов: негативным мыслям о себе, о мире, о будущем. И если когнитивно-поведенческая психотерапия исправляет когнитивные искажения, лежащие в основе депрессивного мышления, то гипноз рассматривает автоматические мысли как спонтанные самовнушения (Линн С., Кирш И., 2011). И тогда основной задачей психотерапии является обнаружение и замена дисфункциональных искаженных самовнушений более адаптивными и позитивными.

Один из наиболее тягостных для пациентов симптомов при депрессии - это ощущение безнадежности, восприятие депрессии как состояния, от которого невозможно избавиться. Майкл Япко (Yarco M.D., 2002) разработал метод лечения депрессии с помощью гипноза, основанный на гипнотическом процессе выстраивания ожиданий. С помощью гипнотических воздействий у пациента формируется более позитивный способ восприятия будущего, внушения направлены на осознание личностных ресурсов, формирование ожиданий будущего, мотивацию пациентов на изменение привычных паттернов поведения. Когда в результате совместной работы психотерапевта и пациента возникает ощущение желаемого будущего, необходимо определить и утилизировать чувственные ресурсы его развития (Линн С., Кирш И., 2011). Таким образом, гипноз можно использовать как мощное средство усиления первичных процессов, а также для «дефрейминга» и рефрейминга проявлений (Гиллиген С., 2011). И, поскольку у пациентов с депрессией есть склонность к «застреванию» в неизменных телесных и эмоциональных состояниях, одной из задач психотерапевта является создание для пациента в состоянии транса психофизического разнообразия, позволяющего активизировать направленность на новый опыт. Кроме того, пациенты в состоянии депрессии склонны фиксироваться на неприятных эпизодах своей жизни и

событиях, предшествовавших развитию депрессии. Гипноз может использоваться не только для создания позитивного образа будущего, но и для стимулирования появления множественных образов прошлого. Для этого могут использоваться методы гипнотической регрессии клиента к событиям, произошедшим до начала возникновения состояния депрессии или же техники возрастной прогрессии, когда пациенту внушается, что желательное для него будущее уже наступило (Гиллиген С., 2012). Данная техника была разработана М.Эриксоном и называется «псевдоориентация по времени» (Эриксон М., 2000).

Важным этапом в терапии пациентов является обучение техникам самогипноза. Самогипноз - это самостоятельное вхождение пациентом в транс (Гордеев М.Н., Евтушенко В.Г., 2004). Обучение самогипнозу обычно начинается с гетерогипноза для того, чтобы пациент научился входить в транс и осознавать это состояние. Самогипноз можно рекомендовать пациентам для закрепления опыта и знаний, полученных во время гипнотических сессий (Руженков В.А., 2005).

В работе с депрессивным пациентом также может использоваться такая техника гипноза как ресурсный транс. Под ресурсным трансом в эриксовском гипнозе подразумевается диссоциация пациента в ресурсное время или в ресурсное место с пробуждением внутренних сил и возможностей, ассоциирующихся с данным местом. Пациенту с депрессивным расстройством это помогает получить ресурсы для борьбы со своей проблемой и повысить энергетический потенциал.

Любопытной методикой, описанной М.Эриксоном, является предписывание симптома, когда пациенту рекомендуется делать то же, что он и делал, и даже несколько усилить это. Депрессивного человека можно попросить потренироваться в своей депрессии и делать это по заданию, в определенные

часы и заданный промежуток времени. Исходное предположение (Вайсе Д., 1998) состоит в том, что подключение к текущему процессу позволяет постепенно видоизменить этот процесс. Использование парадоксальных методов полезно для разрушения жестких ментальных построений, характерных для пациентов в состоянии депрессии.

Важно отметить, что в развитии и поддержании состояния депрессии у пациентов могут быть задействованы разные параметры: телесные ощущения, автоматические мысли, образы будущего и прошлого, привычные паттерны мышления и поведения. И задача психотерапевта состоит в том, чтобы определить параметры, механизмы и факторы, которые повлияли на развитие депрессии, и применить те вмешательства, которое поддержат клиента и будут направлены на коррекцию выявленных нарушений.

**Арпентьева М.Р., Спиженкова М.А.**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПОМОЩЬ  
СТУДЕНТАМ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ**

*Калужский государственный университет им. К. Э.  
Циолковского, Калуга, Россия*

**Arpentieva M.R., Spizhenkova M.A.**

**PSYCHOLOGICAL COUNSELLING OF STUDENTS WITH  
SPECIAL NEEDS IN LEARNING ENVIRONMENTS AT THE  
UNIVERSITY**

*K. E. Tsiolkovskiy Kaluga state University, Kaluga, Russia*

**Введение.** Психологическое консультирование как разновидность деятельности по оказанию психологической поддержки субъектам образовательного процесса позволяет решать некоторые специфические задачи социально-психологической адаптации студентов, имеющих особые

потребности в психологической поддержке при освоении образовательной программы высшего учебного заведения.

**Основная часть исследования.** Доступность компетентной психологической консультативной поддержки является важным условием, однако оказание помощи студентам с особенностями психологического развития психологом зачастую выходит за рамки строго регламентированного консультативного процесса. Это связано с возникающей необходимостью готовить к участию в процессе образования не только консультируемого, но и других субъектов, взаимодействующих непосредственно с ним в учебных ситуациях, а именно: студентов учебной группы; студентов, проживающих совместно в общежитиях; куратора учебной группы, преподавателей и др. Консультативная модель исходит из того, что суть проблемы инвалидности — в неравенстве возможностей при провозглашенном равенстве прав. Одной из важнейших проблем, которые ставит перед обществом феномен особых нужд или инвалидности, остается проблема взаимодействия инвалидов, их семей и социума, проблема продуктивного, преобразующего интимно-личностные и учебно-профессиональные отношения, общения здорового и больного человека, человека без особых нужд и человека, имеющего особые нужды. В зарубежной социально-психологической науке и практике проблема инвалидности представлена несколько более обширно, однако, констатируя ограниченность доктрины инклюзии, специалисты часто не могут выйти за пределы очерченной ею ситуации: приспособления инвалида к обществу и общества к инвалиду. Это результат прямого сведения жизни человека и общества к потреблению и приспособлению, элиминации из практики обучения и делового взаимодействия идей развития и со-

развития, сведение помощи к защите прав при игнорировании обязанностей, игнорирование ресурсов и обязанностей людей с особыми нуждами перед их семьями, обществом и государством. Центральной является идея о равноценности здорового человека и инвалида, человеческой значимости каждого человека, очень важная для общества, для продуктивного общения людей здоровых и людей больных, инвалидов. Развитие инвалида немислимо без полноценного продуктивного взаимно обогащающего взаимодействия с обществом, без контакта с другими людьми, общения с миром во всем его многообразии. Несмотря на общую либерализацию отношения общества к людям с теми или иными «отклонениями» (социальными девиациями, инвалидностями и серьезно изменяющими жизнедеятельность и отношения болезнями, идиосинкразиями), они продолжают восприниматься как другие, как некая особая группа, взаимодействие с которой для здорового ограничивается некоторой, обычно, социальной помощью (в виде материальных дотаций, строительства специальных медицинских и образовательных учреждений и т.п.). Эта помощь, хотя и необходима, отчетливо характеризует эти «благие намерения» как стремление обособить инвалидов от здоровых. Усилия специалистов (социального психолога, социолога, педагога и медика) должны быть направлены на преодоление этой и подобных позиций, по сути стигматизирующих людей с особыми нуждами, на изменение представлений о них в обществе, тем более, что даже самые внешне человеколюбивые намерения не обеспечивают автоматической пользы, блага для общества в целом и для инвалида как для части этого общества. Необходимо

воспитание общества, развитие представлений о равноценности и уникальности личности каждого человека, в том числе инвалида, сироты, осужденного, мигранта, пожилого, бедного и т.д.

**Заключение.** Проблемы инвалидов, других страдающих людей, это проблемы всего общества. Сегрегация или эксклюзия - позиция, при которой инвалид оценивается как абсолютно другой, существующий и должный существовать отдельно от так называемых «нормальных» и «полноценных» людей, от общества в целом. Эта позиция разрушает общество изнутри: со стороны отчуждения обществом важнейших нравственных ценностей, служащих его основой. Отчуждение совершается и по отношению к другим ценностям и людям, чьи нужды можно назвать «особыми»: вместо того, чтобы жить вместе, помогая решать друг другу общие проблемы, люди выбирают путь «наименьшего сопротивления», отдаляя от себя тех, кто может, по их мнению, разрушить благополучие, их жизнь социально здоровых и успешных представителей общества. Интеграция как позиция общества, нацеленная на общение, взаимодействие с людьми с особыми нуждами, на понимание его и принятие как полноправного члена группы, общества, требует от всех членов общества (больных, здоровых, богатых и бедных, мигрантов и коренных жителей, «правопослушных» и осужденных, т.д.) общих усилий жить вместе, принося пользу себе и обществу, развивая себя и свои отношения с миром в духе любви и творчества, взаимопонимания, коллективизма.



**Михеева О.В., Архангельский С.М., Толкачев А.С.**  
**ДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ,**  
**СВЯЗАННЫХ С РОЖДЕНИЕМ И СМЕРТЬЮ**

*ГУЗ Перинатальный центр, Саратов, Россия*

**Актуальность:** рождение и смерть - естественные процессы эволюции, как переход из одного состояния жизни, в другое, нарушение которого, при рождении, может привести к акушерским, неонатальным осложнениям, при смерти, можем только предполагать, что происходит с умершим человеком в дальнейшем, но у потерявшего близкого могут возникать пограничные психические расстройства, соматические заболевания. Не смотря на факт рождения ребенка или смерти близкого, в сознании, и в организме в целом, родильницы и человека, переживающего потерю, иногда своевременно не происходят, завершающих изменений, и мы говорим о незавершенности процессов, связанных с рождением и смертью. Разработанный метод психотерапевтической диагностики (МПДП), позволяет выявить психотерапевтические критерии (ПК) незавершенности, провести психокоррекцию патологического состояния (ПС), отследить эффективность проводимого лечения.

**Цель:** выявление общих ПК незавершенности, связанных с рождением и смертью, сопряженных с возникновением акушерских, неонатальных осложнений, соматических заболеваний. Диагностика и психокоррекция.

**Материалы и методы:** применяется МПДП основанный на субъективном восприятии человека своего состояния, выявляются ПК, проводится их анализ, намечаются варианты психокоррекции. Например, о состоянии новорожденного, родильницы мы можем судить на основании субъективной оценки матери своего состояния. МПДП разработан и применяется с 2003 г. у родильниц, с

2013 г. у пациентов при патологическом переживании потери близкого. ПК могут быть основные, определяющие основное развитие событий патологических отклонений, дополнительные, их тяжесть, как нарушение сна, страх, тревога, мешающие выполнять привычные действия.

В 2014-2016 гг. на базе ГУЗ Перинатальный центр г. Саратова обследованы в 1-4 сутки после родов 283 родильницы, с осложненным течением родов, послеродового, неонатального периодов. В этой группе неонатальные осложнения наблюдались у 235 (83%) родильниц, в том числе в 166 (58,7%) случаях новорожденные находились на ИВЛ, в 27 (9,5%) - акушерские осложнения, у 13 (4,6%) - акушерские, неонатальные осложнения. У 8 (2,8%) пациенток - выраженный болевой синдром, локализация боли не соответствовала месту проведенного оперативного вмешательства, высокий уровень тревоги. Выявлялись ПК: отсутствие осознания произошедшего, ощущение продолжающейся беременности, родов, шевелений в животе - 49 (17,3%), внутренняя пустота - 127 (44,9%), одновременное выявление обоих критериев - 102 (36%). У 5 родильниц (1,8%) - выраженный болевой синдром. Все родильницы были фиксированы на происходящем (стоп кадр), в отдельных случаях наблюдались элементы диссоциации, дереализации.

За период 2014-2016 гг. на базе ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница 8» МПД обследованы 82 пациента находящихся на лечении в отделениях неврологии 41 (50%), кардиологии 30 (36,6%), пульмонологии 8 (9,8%), и хирургии 3 (3,6%). В анамнезе выявлялась причинно-следственная связь между началом заболевания, его обострением и патологическим переживанием потери близкого. Диагностировались ПК: «стоп-кадр» - 66 (80,5%) пациентов, отсутствие осознания произошедшего (восприятие умершего живым и рядом) - 48 (58,5%), мертвым и рядом - 2

(2,4%), внутренняя пустота - 64 (78%), элементы диссоциации, дереализации 29 (35,4%).

**Результаты и обсуждение:** мы выделяем общие ПК незавершенности процессов, связанных с рождением и смертью, проводим психокоррекцию состояния, и по исчезновению ПК судим о эффективности проводимого лечения. ПК незавершенности:

I. Отсутствие осознания произошедшего.

1. Родильница продолжает чувствовать себя беременной, в родах, ощущать шевеления ребенка в животе;

2. Умерший человек воспринимается живым и рядом.

II Ощущение внутренней пустоты: в душе, теле, животе.

III «Стоп кадр» - ощущение произошедшего, как будто это было вчера.

IV. Элементы диссоциации, дереализации: ощущение сна, тумана, живу как на автомате, как будто все происходит не со мной.

V. Отсутствие значимого эффекта от медикаментозного лечения возникших осложнений.

VI. Невозможность человека найти выход из создавшегося положения.

Процессы, связанные с рождением можно считать завершенными если в психике, в сознании и в организме матери произошли необходимые изменения свойственные послеродовому периоду, а новорожденный адаптирован к жизни во вне утробе матери. Подтверждение - отсутствие ПК, появление признаков завершения: ощущение рождения ребенка, наполненности, тепла в области матки, таза. У людей, потерявших близкого, должны произойти необходимые изменения, в психике, сознании и в организме в целом, освобождающие его от тесной взаимосвязи с умершим. Наличие ПК говорит о незавершенности процесса.

Психотерапия направлена на осознание события, вскрытие причин, приводящих к несогласию с произошедшим, и

характерными действиями пациентов при этом. Необходимы активные действия пациента по устранению причин, фиксирующих его в состоянии незавершенности, принятие случившегося, даты рождения, смерти, отказ от попыток вернуть, изменить прошлое. Дополнительно даются упражнения по работе с тревогой, внутренней пустотой. Родильница обучается взаимодействию с ребенком, с семьей, человек потерявший близкого учится не удерживать рядом с собой умершего или не идти за ним. Осознание события изменяет ПС, завершаются процессы, рождения и смерти, что приводит к выздоровлению или снижению осложнений. Например, осознание рождения ребенка, принятие даты родов, меняет состояние родильницы, и новорожденный, который находился на ИВЛ, начинает дышать самостоятельно. Выявляемый ранее ПК «шевеление в животе» не диагностируется, что будет свидетельствовать о положительной динамике в развитии новорожденного в дальнейшем. Яркие подробности произошедшего, потери близкого, как будто это было вчера, ощущения пустоты в душе, в сердечной области, ощущение умершего здесь и рядом, человеком, пережившего смерть близкого 2 года назад, может быть у пациента с нарушением сна, постоянной тревогой, с жалобами на боли в области сердца, стойким повышением АД и отсутствием значимого эффекта от проводимой терапии. Ухудшение самочувствия после похорон родственника. Осознание, принятие факта смерти близкого, отсутствие стремления вернуть время и изменить прошлое, приведет к изменению ПС, исчезновению ПК, нормализации психического и соматического состояния пациента. Чем раньше проведена психотерапевтическая коррекция ПС, тем лучше результат.

**Заключение:** на данный момент выявлено 4 общих ПК, свидетельствующих о незавершенности процессов, связанных с рождением, смертью: отсутствие осознания

произошедшего, внутренняя пустота, стоп кадр, элементы диссоциации, дереализации. В связи с незавершенностью процессов, медикаментозное лечение возникших пограничных психических расстройств, акушерских, неонатальных осложнений, соматических заболеваний без изменения состояния пациента, малоэффективно.

**Куликов Р.К.**

**КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХАНАЛИТИЧЕСКИХ ТЕОРИЙ В РАМКАХ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНОЙ ПАРАДИГМЕ**

*Московская Международная Академия*

**Kulikov R.K.**

**CONCEPTUAL ASPECTS OF PSYCHOANALYTIC THEORIES IN THE STUDY OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN THE NATURAL SCIENCE PARADIGM**

*Moscow International Academy*

**Актуальность.** Значительный вклад психоанализа в разработку взглядов и представлений о возникновении психосоматических заболеваний отмечают специалисты и в России. За последние 30 лет успехи в этой сфере можно назвать весьма спорными и значимые концептуальные аспекты могли быть упущены в контексте изучения данной проблемы. Причина заболеваний, которые называют психосоматическими, до сих пор в полной мере не известна, а лечение ориентированно на купирование симптома.

**Цель** – выявить значимые теоретические аспекты причины формирования психосоматического заболевания.

**Методы:** теоретическое исследование.

**Результаты.** С.А. Холлидей подчеркивает, что структура психосоматического заболевания обязательно включает эмоциональный фактор.

К.Г. Юнг выражает мысль о том, что физические и психические симптомы не что иное как «символическая демонстрация». Также имеет место и понимание роли травматизации вынуждающей Эго перейти на уровень соматических реакций.

Д.Ж. Рамос выделяет несколько гипотез природы психосоматических заболеваний:

органическое заболевание имеет смысл и цель; иногда заболевание может иметь символическую особенность; понимание и интеграция символа в сознание ведет к улучшению состояния психосоматического пациента.

С точки зрения Г. Гроддека болезнь не является отдельной сущностью, а лишь выражает целостность человека.

Ж.П. Валаберг считает, что тело воспринимается как предсознательное, а симптом носит смысл.

Ф. Александер сформулировал две теории: 1. Существует «невроз органа». 2. Теория «специфичности» - каждое состояние имеет свой патофизиологический синдром.

Особый интерес имеют исследования у детей. М. Шур вводит теории ресоматизации и десоматизации: 1. Десоматизация рассматривает психосоматическое реагирования детей на разных возрастных этапах. 2. При ресоматизации дизонтогенез различного плана способствует возврату на более ранний тип реагирования. Человек реагирует на травматические факторы как ребенок - соматическими реакциями.

И.А. Мирски, ввел понятие «X-фактор», который, наряду с личностными особенностями, способствует возникновению нарушений в той или иной (определенной) системе.

С. Вольф считал, что это генетически обусловленное изменение клеток и тканей, которые реагируют своеобразно на психотравму, что может привести к психосоматическому расстройству.

Д. Зиглер утверждает что соматизация – это ограничение, которое накладывает природа при переизбытке энергии. Тело выступает как спасательный элемент, перенимающий на себя ее часть.

Д. Макдугалл (1989) уделяет особую роль травматизации и сравнивает соматическое реагирование у детей с реагирование у взрослых.

Выводы: - Особый интерес составляет представления о «соматическом неврозе».

- Представления о психосоматике подталкивают к возможной единичной корневой структуре психосоматического больного.

- Лечение симптома может не привести ни к каким успехам или привести к более глубоким соматическим или психическим проблемам.

**Панюкова И.А., Федин Э.Е., Тер-Исраелян А.Ю.,  
Федина Г.А., Загатина Ю.В.**

**О РЕГУЛИРОВАНИИ БРАЧНЫХ, СЕМЕЙНЫХ И ИНЫХ –  
КВАЗИБРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В РОССИЙСКОМ ПРАВЕ И  
РЕЛИГИОЗНЫМИ ИНСТИТУТАМИ КАК АСПЕКТЕ  
СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Дисгармонии в брачных, семейных и иных схожих с ними – квазибрачных отношениях, возникающие на различных стадиях их развития, и связанных с ними сексуальных, являются распространенной причиной невротических расстройств и поводом для обращения к врачу-психотерапевту или психологу. Сексуальное поведение определяется множеством факторов: индивидуальным психосексуальным развитием, типом сексуальной культуры, морально-этическими нормами, формирующимися в процессе семейного, в том числе религиозного воспитания. Важным аспектом в формировании и развитии названных

отношений является также правовое понимание сексуального, брачного и репродуктивного поведения, формируемого в процессе социализации – образования, работы, общения... Поэтому понимание религиозных – морально-этических, а так же правовых аспектов брачных, семейных и иных схожих с ними отношений специалистами, оказывающими помощь при супружеских и семейно-сексуальных дисгармониях, повышает качество и эффективность оказываемой помощи.

Основным законодательным актом, регулирующим семейные и брачные отношения, следует считать Семейный кодекс Российской Федерации. Названные отношения так же регулируются отдельными статьями иных нормативных правовых актов – Конституции Российской Федерации (общие положения); кодексов Российской Федерации: Гражданского и Налогового (в вопросах наследственного права), Гражданского процессуального (в вопросах определения близких родственников и ограничения или лишения дееспособности), Жилищного (в вопросах определения членов семьи, регулирования совместного проживания), Трудового (в вопросах сохранения трудового стажа и льготах родителям) и отдельные положения других кодексов; а так же Федеральных Законов: «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в вопросах сообщения врачебной тайны и медицинской помощи несовершеннолетним); «О психиатрической помощи и охране прав граждан при её оказании» (в вопросах психиатрической помощи несовершеннолетним); «Об опеке и попечительстве» (в вопросах прав родственников недееспособного), «О статусе военнослужащих» (в вопросах определения членов семьи) и других отдельных положений иных законов.

Российским законодательством прямого определения брака и семьи не дано, но в ч.3 ст.1 СК РФ указано, что



«регулирование семейных отношений осуществляется в соответствии с принципами добровольности брачного союза мужчины и женщины, равенства прав супругов в семье, разрешения внутрисемейных вопросов по взаимному согласию, приоритета семейного воспитания детей, заботы об их благосостоянии и развитии, обеспечения приоритетной защиты прав и интересов несовершеннолетних и нетрудоспособных членов семьи». При этом ч.2 ст.1 СК РФ, также без определения понятия брака, прямо указывается, что «признается брак, заключенный только в органах записи актов гражданского состояния». В развитие этого положения ч.2 ст.10 СК РФ, содержит следующую формулировку – «права и обязанности супругов возникают со дня государственной регистрации брака в органах записи актов гражданского состояния».

Таким образом, брак можно определить через гражданско-правовые понятия: ч.1 ст.21 ГК РФ – способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их; ст.153 ГК РФ – сделками признаются действия граждан, направленные на установление, изменение или прекращение гражданским прав и обязанностей, а также ч.1 и ч.3 ст.154 ГК РФ , согласно которым сделки могут быть двух- или многосторонними (договоры) и для заключения договора необходимо выражение воли двух сторон (двусторонняя сделка).

Согласно ст.10 СК РФ брак заключается в органах записи актов гражданского состояния, а права и обязанности супругов возникают со дня государственной регистрации заключения брака в органах записи актов гражданского состояния. При этом согласно ч.2 ст.1 СК РФ, признается брак, заключенный только в органах записи актов гражданского состояния. Из сказанного следует, что часто

употребляемый в обиходе и средствах массовой информации термин «гражданский брак» не совпадает по своему содержанию с нормативно-правовым и является неверным. Чаще всего подобные отношения определяются понятием «сожитительство».

Необходимо отметить, что в России до 1917 года понятию «гражданский брак» предшествовало понятие «церковный брак», что в отдельных случаях не утратило актуальности и в наше время.

Церковный брак – это брак, заключенный в рамках правил установленных религиозным (любым) институтом.

18 (31) декабря 1917 года Всероссийским центральным исполнительным комитетом и Советом народных комиссаров был принят Декрет «О гражданском браке, о детях и о ведении книг актов состояния», в преамбуле которого прямо указывалось, что «Российская Республика впредь признает лишь гражданские браки» и согласно п.1 которого «церковный брак, наряду с обязательным гражданским, является частным делом брачующихся».

Однако, согласно ч.7 ст.169 СК РФ, положение о признании правовой силы только за браком, государственная регистрация заключения которого осуществлена в органах записи актов гражданского состояния, не применяется к бракам граждан Российской Федерации, совершенным по религиозным обрядам на оккупированных территориях, входивших в состав СССР в период Великой Отечественной войны, до восстановления на этих территориях органов записи актов гражданского состояния.

В настоящее время сведения о браках, совершенным по религиозным обрядам, с соответствующей регистрацией, могут быть использованы как доказательство вступления в брак и брачных отношений в судебном порядке. Установление фактов, имеющих юридическое значение,

производится в порядке особого производства в соответствии с п.1 ч.1 ст.262 ГПК РФ.

В судебном порядке, в соответствии с п.9 ч.1 ст.262 ГПК РФ, также вносятся исправления или изменения в записи актов гражданского состояния.

Очевидно, что гражданский брак, определяемый как двусторонняя форма гражданско-правового договора, подлежащая определенному порядку регистрации, а так же и защите в суде, в отличие от церковного, лишен духовных основ. В то время такие мировые религии как христианство и мусульманство, как наиболее представительные в России, определяют брак не только как союз мужчины и женщины, но и наполняют его духовным – морально-этическим содержанием. Так, например, в Библии – Бытие 1:27 «И сотворил Бог человека по образу Своему, по образу Божию сотворил его; мужчину и женщину сотворил их», Бытие 1:28 «И благословил их Бог, и сказал им Бог: плодитесь и размножайтесь...», Евангелие от Марка 10:8 «...и прилепится к жене своей, и будут два одной плотью...»; «так что они уже не двое, но одна плоть», Послание первое к Коринфянам 7:2 «...каждый имей свою жену, и каждый имей своего мужа». В Коране – 4 Сура: Женщины (ан-Ниса), аят 3 «...женитесь на тех, которые любимы вами...».

Необходимо отметить, что эта рекомендация, «...женитесь на тех, что приятны вам, женщинах...», то есть выбирать партнёра по браку, исходя из взаимной склонности и симпатии, никогда не теряла своей актуальности в связи и с тем, что отношения в супружеской паре проходят определенные стадии развития. Так, на первой стадии развития супружеских отношений отмечается преобладание сексуального аспекта отношений над несексуальным, так называемый «медовый месяц». Этот период очень важен для формирования сексуально-эротической гармонии в паре, являющейся важным фактором стабильности и гармонии

отношений в целом. Состояние подобной гармонии помогает идти на взаимные уступки и компромиссы, смягчает трудности, облегчает психологическую адаптацию друг к другу. Во второй стадии формируется равновесие между сексуальными и несексуальными аспектами отношений – духовная близость, общие здоровые цели и интересы, воспитание детей, налаживание и развитие бытовых условий, карьера и другие. При хорошей супружеской адаптации периодически возможен возврат на первую стадию, например – во время отпуска, после разлуки, что укрепляет отношения и способствует гармоничному развитию отношений развитию в браке. В третьей стадии отношений уже отмечается преобладание несексуальных аспектов над сексуальными. На этой стадии супругов объединяют взаимное уважение, любовь, общие интересы и ценности, духовная близость, взаимопонимание и забота друг о друге, общие дела и семейные обязанности, осознанный выбор в отношении брака.

Необходимость формирования в брачных отношениях стадии стабильности и гармонии имеет отражение в Библии, так – Послание первое к Коринфянам 7:3 «муж оказывает жене должное благорасположение; подобно и жена мужу», Послание первое к Коринфянам 7:5 «не уклоняйтесь друг от друга...», а также Послание первое к Коринфянам 7:33 «...женатый заботится о мирском, как угодить жене», Послание первое к Коринфянам 7:34 «...замужняя заботится о мирском, как угодить мужу». В Коране – Сура 2: Корова (аль-Бакара), аят 223 «для вас супруги ваши – нива, И вы на сию ниву приходите, когда желание в вас есть; Но перед этим вы для душ своих Какую-либо благодать уготовьте», Сура 30: Римляне (ар-Рум), аят 21 «И из Его знамений – то, что Он для вас Из вас самих супруг вам сотворил, чтоб жить вам вместе (и растить потомство); Взрастил меж вами милость и любовь».

Стадии развития и формирования супружеских отношений могут различными по времени, при этом возможен периодический возврат на более ранние стадии, что воспринимается как «новый виток отношений». Иногда это происходит спонтанно или в связи со сложившимися обстоятельствами, а иногда может быть инициировано самими супругами.

Однако естественную последовательность стадий супружества проходит лишь в том случае, если, как уже отмечалось, оно начиналось со взаимного интереса и симпатии друг к другу. В случаях, когда причиной установления отношений были иные мотивы, например такие как: материальный или жилищный мотив, желание уйти от родителей или узаконить отношения в связи с незапланированной беременностью, псевдосоциальный мотив – «полагается быть замужем» или подражательный, желание избавиться от одиночества или другие, отношения развиваются по иному сценарию – со второй стадии, а иногда и сразу с третьей. В этих случаях вскоре утрачивается сексуальный интерес к партнеру по браку, снижается интерес к интимным отношениям, нередко со стремлением избежать их. При этом могут возникать функциональные сексуальные расстройства в виде сексуальной ангедонии или аверсии, эректильной дисфункции, аноргазмии, а так же психосоматические расстройства, сопровождаемые взаимными претензиями сексуального и несексуального характера.

Необходимо подчеркнуть, что в случаях, когда брак заключается скоропалительно, лишь на основе взаимного влечения без осознания возможных последствий, и без учёта правовых и духовных – морально-этических составляющих брачных отношений, то эти отношения не успевают, или не могут в силу характерологических особенностей партнёров, например – личностных расстройств или алкоголизма,

гармонично сформироваться, а несексуальные составляющие, например – бытовая неустроенность или финансовые трудности, становятся неожиданными и непреодолимо деструктивными.

Утрата сексуально-эротической гармонии воспринимается как мотив к прекращению отношений, особенно в парах молодого возраста, или может вести к поиску внебрачных отношений. Если же к этому времени у партнёров по браку имеются родительские обязательства, то вопрос о продолжении или прекращении отношений решается в неотрывной связи с вопросом их выполнения.

Учитывая то, что брак по своей сути является формой гражданско-правового договора, он несет и соответствующие установленные правовые гарантии, направленные, в первую очередь, на охрану материнства и детства. Так, согласно ст.17 СК РФ, «муж не имеет права без согласия жены возбуждать дело о расторжении брака во время беременности жены и в течение года после рождения ребенка». При этом согласно ч.2 ст.48 СК РФ «если ребенок родился от лиц, состоящих в браке между собой, а также в течение 300 дней с момента расторжения брака... отцом ребенка признается супруг (бывший супруг) матери». Также согласно ч.1 ст.51 СК РФ «отец и мать, состоящие в браке между собой, записываются родителями ребенка в книге записи рождений по заявлению любого из них». При этом истинное (биологическое) отцовство не учитывается, ч.1, 2 ст.52 СК РФ предусматривает лишь возможность оспаривания отцовства в последующем.

Семейный Кодекс устанавливает обязанности супругов по взаимному содержанию, в том числе и бывших, с правом требования такового даже в течение пяти лет после расторжения брака, что практически полностью исключается в случае иных, не зарегистрированных в установленном порядке, отношений.

Религиозные институты также обеспечивают гарантии супругам.

Так, Коран, допуская развод, указывает на имущественные обязательства в отношении бывшей супруги – Сура 65: Развод (ат-Талак), аят 1 «Когда вы даёте развод своим супругам, То разводитесь в срок, для них определённый... Из домов, принадлежавших им, не изгоняйте их...», аят 6 «И пусть (за время прохождения иддата) Живут они в условиях так же, как и вы, согласно вашему достатку (иддат – срок по шариату, равный четырём месяцам и 10 дням, в течение которых нельзя выйти замуж разведённой женщине или вдове), Сура 65: Развод (ат-Талак) аят 7 «и пусть богатый человек Согласно своему достатку тратит. А тот, чья доля сочтена, Пусть тратит из того, чем одарил его Аллах». При этом допускаются повторные браки – Сура 2: Корова (аль-Бакара), аят 232 «И при разводе с женами своими, Когда назначенный им срок истек, Вы не препятствуйте их браку...».

Необходимо отметить, что Коран, допуская развод, тем не менее, предусматривает меры направленные на сохранение семьи, так в Суре 4: Женщины (ан-Ниса), аят 35 говорится – «А если меж супружескою парой вы опасаетесь разрыва, то призовите двух судей – по одному от каждой из семей (супругов). И если пожелают примириться, Устроит им согласие Аллах... ».

В современном Российском праве положение имеет прямое отражение в ч.2 ст.22 СК РФ, согласно которой «...суд вправе принять меры к примирению супругов и вправе отложить разбирательство, назначив супругам срок для примирения...». Так же в прямой аналогии с современным Российским правом находится и содержащийся в Коране запрет на развод с беременной – Сура 65: Развод (ат-Талак), аят 4 «Тех женщин, кто во чреве жизнь несёт, Вам нужно ждать, пока они не сложат ношу». При этом на мужа после развода

возлагаются алиментные обязательства, обязанность содержать жён – Сура 65: Развод (ат-Талак), аят 6 «А коль несут они во чреве жизнь, Расходуйте на них, Пока они своей не сложат ноши. И коль они выкармливают ваше чадо, Выплачивайте им вознаграждение».

В Библии – в Послании к Римлянам Святого апостола Павла 7:2 «замужняя женщина привязана законом к живому мужу; а если муж умрёт, она освобождается от закона замужества», в Послании первом к Коринфянам 7:10 «...жене не разводиться с мужем...», в Послании первом к Коринфянам 7:11 «если же разведется, то должна оставаться безбрачною, или примириться с мужем своим, её – и мужу не оставлять жены своей». Таким образом, из фактического запрета развода, следует сохранение всех обязательства супругов на период жизни одного из них, что является несомненной социальной и материальной гарантией и для остальных членов их семьи. При этом в Библии имеются лишь отдельные положения, допускающие расторжение брака, так – в Евангелии от Матфея 19:9 «кто разведется с женою своею не за прелюбодеяние и женится на другой, тот прелюбодействует...», или в Послании первом к Коринфянам 7:15 «если же неверующий хочет развестись, пусть разводиться...», при этом не предполагалось не только имущественных обязательств, но и после развода виновная сторона не имеет права вступать в новый брак, так, в Послании первом к Коринфянам 7:11 «если же разведется, то должна оставаться безбрачною...».

Несмотря на то, что в ч.1 ст.38 Конституции Российской Федерации указано, что «материнство и детство, семья находятся под защитой государства» и, таким образом, выражено отношение государства к семье, определение семьи не дано. Так же, как определения брака, в Семейном Кодексе нет и прямого определения семьи. Семейным Кодексом, при этом, называется субъектный состав семейных



правоотношений, это – супруги, дети, бабушки, дедушки, родные братья и сёстры.

Можно считать, что содержание понятия «семья» раскрывают ч.1 ст.31 ЖК РФ, согласно которой к членам семьи собственника жилого помещения относятся проживающие совместно с данным собственником в принадлежащем ему жилом помещении его супруг, а также дети и родители данного собственника. Этой же нормой права другие родственники, нетрудоспособные иждивенцы и в исключительных случаях иные граждане могут быть признаны членами семьи собственника, если они вселены собственником в качестве членов своей семьи, а равно и ч.5 ст.2 ФЗ «О статусе военнослужащих», согласно которой к членам семей военнослужащих, относятся: супруга (супруг); несовершеннолетние дети; дети старше 18 лет, ставшие инвалидами до достижения ими возраста 18 лет; дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме обучения; лица, находящиеся на иждивении военнослужащих.

Учитывая то, что в современном обществе отсутствуют жесткие требования, предписывающие оформление брака, то возникают формы отношений, не в полной мере урегулированных законодательством, или полностью не урегулированных.

Наиболее распространенной формой таких отношений является, как было сказано выше, сожительство.

Подобно брачным отношениям, сожительство также основано на добровольности решения мужчины и женщины. Названные отношения, не имея никакой формы регистрации, тем не менее, часто могут обладать не только внешним сходством с браком, но и порождаемыми в браке правовыми последствиями, которые так же дают основания считать их подобными брачным, то есть – квазибрачными.

Очевидно, что квазибрачные отношения, относясь исключительно к отношениям между сожителями, не заключившим брак в органах записи актов гражданского состояния, и таким образом, не создавшим между собой прав и обязанностей супругов, в определенных случаях образуют семейные. Это связано с тем, что семейные отношения охватывают не только супругов, зарегистрировавших брак в органах записи актов гражданского состояния, но и их детей, воспитание которых также является безусловной обязанностью обоих родителей. Также семейные отношения распространяются на внуков и внучек, их дедушек и бабушек, и иных членов семьи, то есть охватывают весь субъектный состав семейных отношений.

Хотелось бы особо подчеркнуть, что возникновение именно родительских обязанностей, и связанных с ними правоотношений, является не только необходимым, но и основополагающим звеном в формировании названных взаимоотношений. Поэтому же признаку нельзя считать квазибрачными отношениями сожительство, не образующее субъектного состава семейных правоотношений.

Так, Российское законодательство, декларируя охрану материнства и детства в ч.1 ст.80 Семейного Кодекса прямо указывает, что родители обязаны содержать своих несовершеннолетних детей, при этом порядок и форма предоставления содержания несовершеннолетним детям определяются родителями самостоятельно. Алиментные обязательства в отношении детей также распространяются на обоих родителей независимо от наличия или отсутствия между ними зарегистрированных брачных отношений. В равной мере алиментные обязательства возлагаются и на детей в отношении своих нетрудоспособных родителей. Так, ст.ст.87, 93, 95, 86 СК РФ указывают на необходимость содержания нетрудоспособных и нуждающихся родителей,

бабушек и дедушек, несовершеннолетних братьев и сестер, а также своих фактических воспитателей.

Естественно, что квазибрачные отношения при этом полностью исключают алиментные обязательства, названные ст.ст.89, 90 СК РФ, устанавливаемые в отношении супругов и бывших супругов, то есть лиц, зарегистрировавших брак в установленном порядке. При этом, согласно ст.94 СК РФ, вне оформленных брачных отношений родителей детей на их бабушек и дедушек возлагается обязанность по содержанию внуков и внучек.

Религиозные институты, осуждают внебрачные отношения. Так, в Коране – Сура 17: Ночной пернос (аль-Исра), аят32 «не приближайтесь к блуду вы, – Ведь это – срам и путь к дурному».

В Библии – Исход 20:14 прямо сказано «не прелюбодействуй», или в Евангелии от Матфея5:28 «...всякий, кто смотрит на женщину с вожделением, уже прелюбодействовал с нею в сердце своем».

Однако в отдельных исключительных случаях в Библии описываются квазибрачные отношения как формирующие именно семейные. Так, например – Бытие 16:1, «Сара, жена Аврамова, не рождала ему...», Бытие 16:2 «и сказала Сара Авраму: ...войди же к служанке моей: может быть, я буду иметь детей от нее». Названная цитата, несмотря на краткость, охватывает ряд уже указанных положений Семейного права, а именно в части образования семейных связей. (Эта же цитата также нередко приводится как допускающая экстракорпоральное оплодотворение и суррогатное материнство).

Учитывая, что правовую силу только имеют браки, государственная регистрация заключения которого осуществлена в органах записи актов гражданского состояния, квазибраком приходится считать и брак, заключенный в рамках правил, установленных религиозным

институтом. При этом необходимо отметить, что именно в этой форме квазибрачные отношения в своём развитии полной мере проходят стадии развития супружеских и формируют семью.

В связи с вышесказанным квазибрачными отношениями нельзя считать гомосексуальные, как полностью исключающее возможность образования субъектного состава семейных правоотношений.

Повышение толерантности в современном обществе к гомосексуальным отношениям тем не менее находится в неразрывной связи с отношением к ним мировых религий. Так в Коране – Сура 7: Преграды (аль-Араф), аят 81 «Ведь в похотливом вожделии своем Идете вы к мужчинам вместо женщин. И вы действительно народ, Предавшийся чрезмерному распутству». В Библии – в Послании Иуды 1:7 «Как Содом и Гоморра и окрестные города, подобно им блудодействующие и ходившие за иной плотью, подверглись казни...».

Однако необходимо отметить, что в гомосексуальных парах возникают конфликты и дисгармонии, как неспецифического характера – например, связанные с ревностью и изменой, так и конфликтные ситуации, обусловленные специфичностью отношений – например, изменой гетеросексуального характера, так же требующие психотерапевтической или психологической помощи. Оказываемая при этом помощь определяется не направленностью влечения, а спектром тех невротических расстройств, характерологических особенностей и степенью дезадаптации, которые и составляют клиническую картину.

Недостаточные или искаженные представления о правах и обязанностях (своих и партнера) и всём спектре последствий, связанных с брачными, семейными и иными, схожими с ними отношениями, не только являются источником психоэмоционального напряжения и стресса, но и усугубляют

уже имеющиеся, например, финансово-бытовые, характерологические, сексуальные и иные противоречия, и не позволяют урегулировать никакие конфликтные ситуации. В этой связи, информированность врачей, психологов, а равно и специалистов социальных служб, о правовых, религиозных, морально-этических аспектах рассматриваемых отношений не только расширяет их компетентность, но и помогает вырабатывать стратегию и тактику помощи с учетом особенностей конкретного случая, а так же находить оптимальные пути решения возникающих конфликтных ситуаций, в том числе путем рекомендации обращения за юридической консультацией и формировать адаптивное поведение, а так же проводить профилактику вторичной невротизации и рецидивов дисгармоний и их последствий.

**Захаров Р.И.<sup>1</sup>, Уваров И.А.<sup>2</sup>**

### **ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

*<sup>1</sup> – Кафедра психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования»*

*<sup>2</sup> – Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»*

**Zakharov R. I.<sup>1</sup>, Uvarov I. A.<sup>2</sup>**

### **ETIOPATHOGENETIC THERAPY OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS**

*<sup>1</sup> - Chair of psychotherapy and sexology of the state budget educational institution of additional professional education «Russian medical Academy of postgraduate continuous education»*

*<sup>2</sup> – Department of psychiatry, narcology and medical psychology, state budget educational institution of higher professional education «Izhevsk state medical Academy»*

С позиции системной этиопатогенетической (большой) психотерапии (СЭПП) организм человека рассматривается как единая целостная система, а сущность психотерапии заключается в обучении адаптивным стереотипам мышления и поведения. При рождении у ребенка очень редко встречаются психосоматические заболевания, они начинают появляться в процессе формирования устойчивых стереотипов мышления. Большинство детей заболевают психосоматическими заболеваниями в виде иммунодефицита в 3 года при выходе в детский сад, т.к. внешняя среда предъявляет к психике ребенка новые требования, к которым он не готов. Вместе с тем, адаптивно воспитанный ребенок уже в 2 года спокойно несколько часов обходится без папы и мамы с другими взрослыми, встает и ложится спать по режиму детского сада, одевается, раздевается, профессионально пользуется туалетной бумагой, умеет общаться со сверстниками.

Принято считать, что начало большинства онкологических заболеваний у взрослых начинается с того, что человек не хочет и не умеет принять изменения реальности, а длительные или сильные негативные переживания часто приводят к иммунодефициту.

Прослеживается тесная связь негативных переживаний и нарушений эндокринной системы у женщин в виде дисменореи, в подростковом возрасте - ювенильных кровотечений, в тяжелых случаях появляются аменореи. У кормящих матерей негативные эмоции приводят к гипо- и агалактии. В большинстве случаев постменструальный синдром, патологическая менопауза, мастопатии и фибромиомы имеют четкую связь с негативными эмоциями.

Рассмотрим вегетативные проявления психосоматических заболеваний через призму такого анатомического образования, как пирамидный путь. Назначение

пирамидного пути заключается в формировании произвольных (осознанных, управляемых) движений. В процессе воспитания ребенка учат произвольно управлять сфинктерами прямой кишки, мочевого пузыря и перистальтикой кишечника, тонусом мочевого пузыря. Это реализуется через десятую пару пирамидного пути - блуждающий нерв. Такие состояния, как синдром раздраженного мочевого пузыря, синдром раздраженного кишечника реализуются произвольно, как правило, на рефлекторно-ассоциативном уровне. Также произвольно угнетается перистальтика при депрессиях.

При лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки длительное время использовали хирургический подход (ваготомия, резекция части желудка или кишечника), т.е. прерывали произвольную передачу нервного импульса и успех был обеспечен. Блуждающий нерв смешанный и имеет двигательные и чувствительные волокна. СЭПП позволяет эффективно решать проблему первого периода родов - раскрытия шейки матки - этот процесс при адекватной подготовке беременной становится произвольным и практически безболезненным.

Таким образом, психотерапия позволяет эффективно проводить коррекцию ограничивающих стереотипов мышления и поведения, тем самым предупреждая обострение соматических проявлений болезни. При этом нормализуется уровень сахара, холестерина, тонус сосудов, прекращается негативное влияние на эндокринную и иммунную системы, восстанавливается гомеостаз.

## **КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ С УЧЕТОМ ПОЗИЦИЙ ТРАДИЦИОННОЙ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.  
Горького*

**Kulemzina T.V.**

### **CORRECTION OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS TAKING INTO ACCOUNT THE POSITIONS TRADITIONAL EASTERN MEDICINE**

*Donetsk national medical university n. M. Gorky*

**Введение.** Организм – целостная биологическая система, обеспечивающая способность приспосабливаться к постоянно изменяющимся условиям внешней среды. В результате действия чрезвычайной ситуации нарушается как физическая, так и социальная адаптация пострадавшего, формируется специфическая личностная дисгармония, что провоцирует психопатологическое синдромообразование.

**Цель** – продемонстрировать опыт коррекции нарушений соматического здоровья, возникшие вследствие действия чрезвычайной ситуации, путем применения систем рефлексотерапии (РТ) и практической психологии.

**Материал и методы.** Пациенты (53 женщины и 55 мужчин) терапевтического, гастроэнтерологического и неврологического стационаров в возрасте 45 – 48 лет, в течение 6-ти месяцев подвергавшиеся непрерывному воздействию чрезвычайной ситуации, физически (телесно) не пострадавшие, проживающие в условиях ограниченной жизнедеятельности на территории ведения активных боевых действий.

Применены классическая и многоигольчатая поверхностная акупунктура, прижигание, вакуумный массаж и холодинамическая практика.



Проведено 3-и курса рефлексотерапии по 10 ежедневных сеансов каждый с интервалами в 21 день. Рецепты точек, методика, продолжительность процедуры, комплексирование процедур (не более 2-х в одном сеансе) определялись в соответствии с наличием конкретного синдрома в состоянии пациента на момент посещения специалиста.

Психологическая коррекция (продолжительностью 90 – 120 минут и кратностью 1 сеанс к 2-м сеансам РТ) проводилась после сеансов РТ на фоне гармонизирующего действия последней.

**Результаты.** В основу диагностического и лечебного этапов были положен холистический подход с оценкой и анализом жалоб и объективного состояния пациентов с позиций восточной психосоматической медицины, соотносящей конституциональные признаки человека с одним из первоэлементов природы (деревом, огнем, землей, металлом и водой) и таким образом объясняющей как физические, так и психические характеристики, что дает возможность использовать эти положения для определения конституции, устранять нарушения и выстраивать превентивную коррекцию. Использование холистического подхода позволило сопоставить болезненные физические проявления с психическими проявлениями, свойственными элементным конституциям. Так, гневливость с приступами плохо контролируемой агрессии, усиление тремора конечностей, особенно, при возвращении к впервые возникшей реакции, характерны для повреждений элемента «дерева», где ведущим органом является печень. Снижение внимания и памяти, резкая слабость, присутствие чувства растерянности, наличие страха повторения эпизода – для «воды» (почки). Отсутствие аппетита и снижение массы тела, тошнота – для «земли» (поджелудочная железа и селезенка). Постоянное чувство тревоги и ожидания повторения психотравмирующих эпизодов, нарушение сна – для «огня»

(сердце и перикард). Затруднение и замедление дыхания, депрессивные тенденции, коммуникативные нарушения – для «металла» (легкие). В данном случае речь идет об энергетическом повреждении, то есть нарушении течения энергии в органе.

**Заключение.** Результатом комплексного воздействия систем рефлексотерапии и практической психологии воздействия явилась психосоматическая гармонизация пациентов. Пациенты находятся под наблюдением в течение 120 дней.

## ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

### А

Абдуллаева В.К. – 62, 64,  
70, 79  
Адашвиев Х.А. – 58, 89  
Алиева К.К. – 12  
Арпентьева М.Р. – 36, 101  
Архангельский С.М. – 105  
Ахмадеев Р.Р. – 91, 93

### Б

Бабарахимова С.Б. – 58, 89  
Бахриев Б.Р. – 26  
Белозёр А.С. – 41  
Бойко С.А. – 18  
Брюхин А.Е. – 72  
Бычкова А.С. – 98

### В

Вишняков Ю.В. – 53

### Г

Гаврилова Н.А. – 67  
Глазова О.А. – 95  
Гребень Н.Ф. – 44  
Грива Д.В. – 24, 31  
Грива Р.А. – 24, 31

### Д

Давлетярова У.М. – 52  
Десятниченко И.В. – 53  
Джураева Э.Р. – 12

### Е

Евтушенко Е.М. – 91, 93  
Ефремова Л.И. – 21

### З

Загатина Ю.В. – 111  
Зайцев О.С. – 47, 49  
Захаров Р.И. – 125

### И

Игумнов С.А. – 75

### К

Каменецкая М.И. – 49  
Кан И.Ю. – 60  
Кардашян Р.А. – 84  
Кенжаев А.Б. – 17  
Кибрик Н.Д. – 60  
Клименко Т.В. – 75  
Косинский В.П. – 56  
Кравченко Н.Е. – 39  
Кулемзина Т.В. – 128  
Куликов Р.К. – 109

### Л

Линева Т.Ю. – 72  
Лобачева А.С. – 75

### М

Магзумова Ш.Ш. – 17  
Мамакаримов О.М. – 70  
Матьякубова М.К. – 17, 33

Меликсетян А.С. – 81

Минаева Г.С. – 49

Митина Ю.В. – 67

Михеева О.В. – 28, 105

Моисейчева О.В. – 7

## **Н**

Нафиков А.Р. – 14

Николкина Ю.А. – 75

## **О**

Оконишникова Е.В. – 72

## **П**

Панюкова И.А. – 111

Петрова Н.Н. – 41

Печерских М.В. – 21

## **Р**

Русских Е.А. – 14

## **С**

Сайдалиходжаева Д.Г. – 26

Смирнова Т.В. – 56

Соколовская С.В. – 18

Спиженкова М.А. – 101

Срыбник М.А. – 95

Суетина О.А. – 39

## **Т**

Тер-Исраелян А.Ю. – 111

Тимербулатов И.Ф. – 91, 93

Тимербулатова М.Ф. – 91,  
93

Тихомирова Г.И. – 14

Толкачев А.С. – 28, 105

Турсунов М.Т. – 17

## **У**

Уваров И.А. – 14, 125

## **Ф**

Федин Э.Е. – 111

Федина Г.А. – 111

## **Х**

Ходжаева Н.И. – 33

## **Ч**

Черенков А.А. – 14

## **Ш**

Шаверская Э.Ш. – 21

Шахова С.М. – 75

## **Щ**

Щербаков Г.И. – 9

## **Э**

Эльман К.А. – 95

## **Ю**

Юлдашев В.Л. – 91, 93

## **Я**

Ягубов М.И. – 60