

Департамент здравоохранения г. Москвы  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования «Российский университет дружбы народов»  
Российское общество психиатров  
Профессиональное медицинское объединение психотерапевтов,  
психологов и социальных работников г. Москвы и Московской области  
Ассоциация молодых медицинских специалистов

IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ  
«Психиатрия, наркология, психотерапия, психосоматика и  
клиническая психология: вместе или порознь?»

(Москва, 20 октября 2016 года)

Тезисы докладов

Москва

2016

УДК 616.89

ББК 56.14

## СБОРНИК ТЕЗИСОВ ДОКЛАДОВ

IV ежегодного психиатрического форума «психиатрия, наркология, психотерапия, психосоматика и клиническая психология: вместе или порознь?» - Москва: ООО «СИНАПС», 2016 - 96 с.

ISBN 978-5-9909002-0-2

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

ISBN 978-5-9909002-0-2

© ООО «СИНАПС», 2016

© Авторы, 2016



**Оглавление**

<b>ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ</b>	6
<b>ИНФОРМАЦИЯ О КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ФАКУЛЬТЕТА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА РУДН</b>	9
<b>ТЕЗИСЫ</b>	16
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	16
Усова А.А., Чуркина А.М. Исследование отношения различных групп населения к пациентам с расстройствами психотического спектра	16
Вишняков Ю.В., Десятниченко И.В. Оценка критериев клинико-функционального диагноза для повышения эффективности оказания медицинской помощи психически больным	18
Абрамов В.А., Ряполова Т.Л. Основные направления психосоциальной реабилитации на ранних этапах психоза	19
Марачев М.П., Аведисова А.С. Потребление неспециализированной помощи пациентами с тревожно-фобическими расстройствами	21
Носачев Г.Н. Необходимость дискурса на современном этапе развития социальной психиатрии и наркологии	23
<b>ПСИХИАТРИЯ</b>	25
Игумнов С.А., Гелда А.П. Суицидальное поведение населения в Российской Федерации и Республике Беларусь: динамика за 30-летний период	25
Ерзин А.И., Семенова Т.С. Личностные детерминанты депрессии и суицидального риска у подростков-гомосексуалов	29
Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш. Особенности дисморфофобий пубертатного периода	31
Медведев В.Э. Дисморфическое расстройство в структуре психических расстройств пациентов пластического хирурга	32
Кулешова Е.О., Строганов А.Е., Лещенко Л.В. Проблема суицидов при острых полиморфных расстройствах	34
Якимец А.В., Шпак А.В., Басинская И.А., Беженарь Н.В., Халилов М.А. Оценка социального и профессионального функционирования пациентов с резистентными случаями параноидной психоза	35
Герасимчук М.Ю. Биологические основы персонифицированного подхода в психиатрии	40
Бровченко К. Нейробиологические основы синдрома Капгра	41
Зуйкова Н.А., Некрасова С.В., Павлова С.В. Об опыте психотерапевтической помощи супругам с психосоматическими расстройствами на почве семейных	43





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ

### Тезисы и материалы конференции

конфликтов	
<b>НАРКОЛОГИЯ</b>	46
Носачев И.Г., Носачев Г.Н. Наркологическая этология (поведение) как новая парадигма в клинической наркологии	46
Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгапкин А.Ю., Федоров М.В. Экспресс-диагностика наркотической зависимости в сети интернет	47
Зальмунин К.Ю. Химические и нехимические аддикции: психопатологические и патопсихологические феномены и синдромы	49
Надеждин А.В. Возрастные особенности наркологических заболеваний	50
Кардашян Р.А. Распространенность компьютерной зависимости среди учащихся общеобразовательных школ (Московская область, Сергиев Посад)	52
Восколович Е.Ю., Кочегуров В.В. Особенности вегетативного гомеостаза у больных игровой зависимостью	55
Кочегуров В.В., Восколович Е.Ю. Патопсихологические особенности больных игровой зависимостью	56
Волкова Е.В., Уткин Ю.А., Адмаева С.В., Амплеев А.К. Клинические, гендерные особенности табачной зависимости у врачей наркологов г. Пензы	58
Черенков А.А., Нафиков А.Р., Паньков В.П. Вопросы организации преемственности при терапии больных с отравлениями дизайнерскими наркотиками	59
Литвинчук Е.А., Чебан А.Ю., Кантина Т.Э., Аклеев А.В. Социально-психологическая характеристика лиц, подвергшихся хроническому радиационному воздействию, с донологическими формами употребления алкоголя	61
<b>ПСИХОСОМАТИКА</b>	64
Ушакова С.Е., Пшеничникова Т.С., Будникова Н.В., Чернова Н.С. Психосоматические аспекты прогрессирования ожирения у пациентов, перенесших инфаркт миокарда	64
Чалая Е.Б., Будза В.Г., Чалый В.А., Чалая И.В. Клинические особенности депрессивных расстройств в постинсультный период	66
Будникова Н.В., Романенко И.А., Ушакова С.Е. Выраженность тревоги у пациентов, находящихся на различных стадиях нарушений углеводного обмена	68
Абросимов И.Н. Тяжесть течения заболевания и ВКБ у взрослых пациентов с муковисцидозом	69
Кантина Т.Э., Аклеев А.В. Исследование когнитивных функций у лиц, подвергшихся хроническому радиационному воздействию	71
Фомин Ф.А. Нарушения эмоциональной сферы при холецистите	73
<b>ПСИХОТЕРАПИЯ</b>	75
Дубицкая Е.А. Арттерапия как ведущий вид психотерапии в социальной реабилитации в психиатрии	75
Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш. Психотерапия аффективной патологии	76
Кононова Д.А. Применение транзактного анализа в лечении пациентов с нарушением пищевого поведения.	78
Соколов Е.Ю., Фомин А.А., Протопопова К.В. Психотерапевтическое энергосбережение – предупреждение патологических расстройств у сотрудников экстремальной профессии	81

IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ  
Тезисы и материалы конференции



КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ	83
Замараева Е.В. Гиперопека в детстве как субстрат для расстройств психической сферы в будущем	83
Бартош Т.П. Психологические особенности подростков Магадана с алекситимией	85
Семенова Т.С., Ерзин А.И. Проактивность, самоэффективность и диспозиционный оптимизм как личностные детерминанты субъективного благополучия у подростков с проблемами сексуальной ориентации	86
Бочаров В.В., Шишкова А.М. Проблемные аспекты изучения «эмоционального выгорания» родственников аддиктивных больных	88
Куликова О.С. Гендерные особенности защитного поведения пациентов на инициальном этапе параноидной психозфрении	90
Белова Г.В., Будникова Н.В., Ушакова С.Е., Полятыкина Т.С. Характеристика психологических особенностей личности больных язвенной болезнью	91
Белова Г.В. Роль психологических особенностей личности и внутрисемейных отношений в формировании приверженности к лечению больных гипертонической болезнью	93
ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ	96





Научно-практическая конференция  
**«ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОСОМАТИКА И  
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ВМЕСТЕ ИЛИ ПОРОЗНЬ?»**

*в рамках IV Ежегодного психиатрического Форума*

**20 сентября 2016 г.**

119002, г. Москва, пер. Сивцев Вражек, д. 26/28, ФГБУ Поликлиника № 1 УДП РФ

10:00-11:00 *Регистрация слушателей*

11:00-11:45 **«АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЕ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Г. МОСКВЫ»**

Часть 1 *«ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ.  
ВИДЕНИЕ СЛУЖБЫ В СРЕДНЕСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ»*

*Лектор* **Г.П. Костюк**, д.м.н., профессор, главный специалист-психиатр Департамента  
Здравоохранения г. Москвы, главный врач психиатрической клинической  
больницы №3 им. В.А.Гиляровского, Москва.

Часть 2 *«АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Г. МОСКВЫ»*

*Лектор* **Р.А. Черёмин**, к.м.н., заведующий организационно-методическим и  
консультативным отделом по психиатрии и суицидологии Департамента  
здравоохранения, Москва.

11:45-12:30 **«О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА  
ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

*Лектор* **П.В. Морозов**, д.м.н., профессор кафедры психиатрии ФДПО РНИМУ им.  
Н.И.Пирогова, Вице-президент Российского общества психиатров,  
представитель Всемирной психиатрической ассоциации в Восточной Европе,  
Москва.

12:30-13:15 **«ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ,  
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ. КЛИНИКО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНГЕДОНИИ В ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНЫХ  
НАМЕРЕНИЙ»**

Часть 1 *«ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ,  
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ»*

*Лектор* **И.В. Олейчик**, д.м.н., главный научный сотрудник отдела по изучению  
эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБУ  
«Научный центр психического здоровья», Москва.

Часть 2 *«ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ,  
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ»*





*Лектор* **А.А. Шмилович**, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ, Москва

13:15-14:00 **«ДИАГНОСТИКА И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ»**

Часть 1 *«ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ»*

*Лектор* **В.Э. Медведев**, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института РУДН, Москва.

Часть 2 *«ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА НА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ»*

*Лектор* **И.В. Олейчик**, д.м.н., главный научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБУ «Научный центр психического здоровья», Москва.

14:00-14:15 Перерыв.

14:15-15:00 **«СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ИСТОРИЮ И МЕТОДЫ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ»**

Часть 1 *«СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ИСТОРИЮ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ»*

*Лектор* **Д.С. Данилов**, д.м.н., заведующий отделением клиники психиатрии им. С.С. Корсакова УКБ №3, ведущий научный сотрудник НОКЦ «Психическое здоровье I МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва.

Часть 2 *«О ВОЗМОЖНОСТИ И ЦЕЛЯХ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ»*

*Лектор* **А.М. Бурно**, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР Медицинского института РУДН, Москва.

15:15-16:00 **«УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СТАРЧЕСКИЕ ДЕМЕНЦИИ: ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРАКТИКА КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ»**

Часть 1 *«ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИНСОМНИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ»*

*Лектор* **Л.И. Абрамова**, д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ, Москва.

Часть 2 *«Старческие деменции: организация и практика комплексной помощи»*





*Лектор*                                **Е.Б. Любов**, д.м.н., профессор, руководитель отдела суицидологии “МНИИ психиатрии – филиала Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии” МЗ РФ, Москва.

16:15-17:00    **«ВИДЫ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ»**

Часть 1        *«ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ»*

*Лектор*                                **Н.С. Антонов**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пульмонологии и респираторной медицины ФГБОУ ИПК ФМБА России, заместитель директора по науке НИИ пульмонологии ФМБА России, Москва.

Часть 2        *«КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ»*

*Лектор*                                **Р.А. Кардашян**, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института РУДН, Москва.

17:45-18:00        *Выдача сертификатов. Ответы на вопросы слушателей*



КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ  
ФАКУЛЬТЕТА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
Медицинского института

Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования  
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ» (РУДН)

Сайт кафедры:

<http://web-local.rudn.ru/web-local/kaf/rj/index.php?id=212&p=2403>

МОДУЛИ И ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ

<b>Контакты</b>		
Драгилева Наталья Анатольева +7 (926) 472-90-60 e-mail: ZNL@yandex.ru melkorcord@mail.ru sar_2003@mail.ru		
<b>Специальность</b>	<b>Наименование программы</b>	<b>Ак. часы</b>
ПСИХИАТРИЯ	Клиническая ординатура	2 года
	Аспирантура	3 года
	Профессиональная подготовка	576 540
	Сертификационный цикл, общее усовершенствование	144
	Актуальные вопросы детской и подростковой психиатрии и психотерапии	144
		72
	Основы психосоматики. Диагностические принципы и современные методы терапии	72
	Психосоматические расстройства. Диагностические принципы и современные методы терапии	72
	Неотложные состояния в психиатрии	6





Специальность	Наименование программы	Ак. часы
ПСИХОТЕРАПИЯ	Клиническая ординатура	2 года
	Аспирантура	3 года
	Профессиональная подготовка	540 504
	Сертификационный цикл, общее усовершенствование	144
	Актуальные вопросы детской и подростковой психиатрии и психотерапии	144
		72
	Гипносуггестивная и гуманистическая психотерапия пограничных психосоматических расстройств и состояний зависимости	72
	Дифференцированная континуальная психотерапия в психосоматике	72
	Психотерапевтическая кинезиология в психосоматике	144
		72
	Консультирование и психотерапия методом Трансактный Анализ (ТА)	144
Терапия творческим самовыражением (ТТС)	72	
НАРКОЛОГИЯ	Аспирантура	3 года
	Профессиональная подготовка	564
	Сертификационный цикл, общее усовершенствование	144
	Гипносуггестивная и гуманистическая психотерапия пограничных психосоматических расстройств и состояний зависимости	72
ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО для врачей общей медицины и других специальностей	Диагностика и терапия депрессивных и тревожных расстройств в общей медицинской практике	72
		12
	Введение в психиатрию. Общая и частная психопатология	30
	Диагностика и терапия депрессивных и тревожных расстройств в общей медицинской практике	6
	Психосоматические аспекты астенических и алгических расстройств в общей медицине	6



Специальность	Наименование программы	Ак. часы
СУИЦИДОЛОГИЯ	Профессиональная подготовка	504
	Сертификационный цикл, общее усовершенствование	144
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПСИХИАТРИИ	Сертификационный цикл	216
	Сертификационный цикл	144
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В НАРКОЛОГИИ	Общее усовершенствование, сертификационный цикл	144
	Сертификационный цикл	216





## НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ КАФЕДРЫ

*I ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ,*  
посвященный 15-летию кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии  
Факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН

### «ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА»

20 февраля 2014 г.



### *I ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ*

### «ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

12 ноября 2014 г.





**II ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ  
РАССТРОЙСТВ: ОТ КЛИНИКИ К ТЕРАПИИ»**

20 ноября 2014 г.



**I ЕЖЕГОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

**«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ  
И ПЕРСПЕКТИВЫ - 2015»**

26 марта 2015 г.



Архив внутренней медицины  
[www.medarhive.ru](http://www.medarhive.ru)



### *III ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ*

## **«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ: СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»**

29 октября 2015 г.

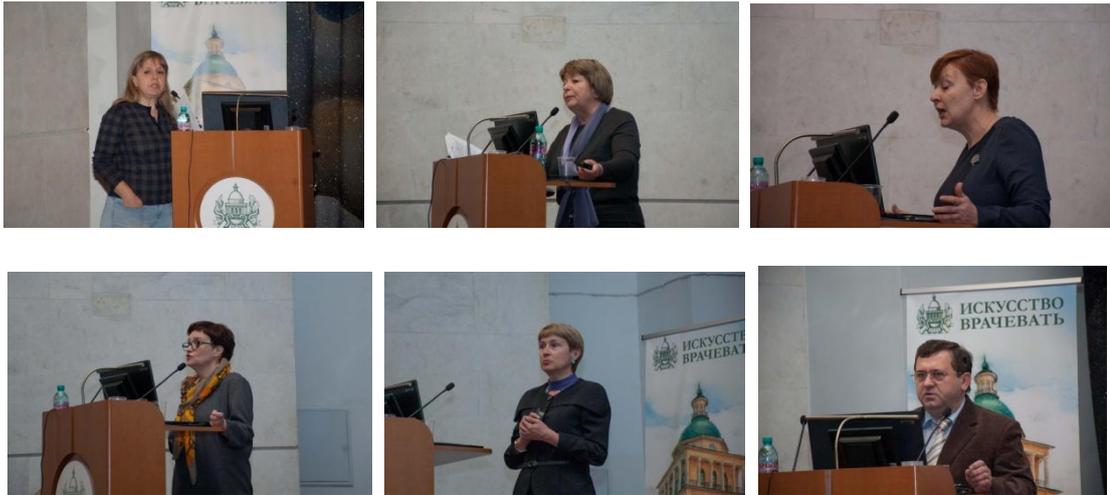


### *II ЕЖЕГОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ*

## **«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ – 2016»**

24 марта 2016 г.





*II ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ*

**«ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕВЫХ И АСТЕНИЧЕСКИХ  
РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ»**

28 января 2016 г.





## ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**А.А. Усова, А.М. Чуркина**

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Омск, Россия

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ К ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**A.A. Usova, Churkina A.M.**

FGBOU VO «Omsk State Medical University» MZ RF, Omsk, Russia

### **THE STUDY OF ATTITUDES OF DIFFERENT GROUPS OF THE POPULATION TO PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS**

Согласно докладу ВОЗ (2013), шизофрения является тяжелым психическим расстройством, от которого страдает 21 миллион человек по всему миру. Помимо структур здравоохранения, помощь и поддержку лицам с психическими расстройствами должны оказывать окружающие.

С учетом важности данной проблематики, нами было проведено исследование, направленное на выявление особенностей отношения к пациентам с расстройствами шизофренического спектра двух групп населения г. Омска. В первую группу вошли члены семей больных шизофренией, во вторую – лица, ранее не встречавшиеся с данным заболеванием. Каждая из групп состояла из 30 анкетированных.

Среди опрошенных первой группы 60% считают шизофрению психическим расстройством, 26,7 % – отнесли заболевание к результатам травмы, а 13,3 % ответили, что шизофрения – высшая форма сознания или результат сглаза и порчи. Во второй группе 77% лиц считают шизофрению психическим заболеванием, а остальные 23% – результатом травмы. Таким образом, выявлено недостаточное понимание причин заболевания, особенно членами семей пациентов.

Абсолютное большинство респондентов обеих групп считают, что при данном заболевании необходимо назначение лекарственных препаратов. При этом лишь 53% лиц каждой из исследованных групп отметили, что лечение проводится с помощью антипсихотиков, что





свидетельствует о недостаточном понимании респондентами роли препаратов этого класса в лечении психозов.

Важной частью нашего опросника был раздел, связанный с адаптацией больных и отношением к ним общества. Большая часть опрошенных (83,3% первой и 80% второй группы) полагают, что на фоне медикаментозной терапии данного заболевания больные могут работать и учиться. Необходимость содействия в адаптации пациентов, страдающих расстройствами психотического спектра, признали все опрошенные. Представители первой группы выбирали среди возможных ответов на этот вопрос минимальное количество вариантов, наиболее важным для них представлялось трудоустройство больных (56,7% опрошенных), работа групп поддержки пациентов (30%), а также образовательная работа с населением (23,3%). Вторая группа респондентов считает приоритетным направлением в содействии адаптации лиц с психозом организацию групп поддержки (63,3%), а также помощь в трудоустройстве (50%) и образовательную работу с населением (46,7%). Таким образом, менее активная позиция в отношении интеграции пациентов в социум была продемонстрирована членами семей заболевших.

Несмотря на декларируемую необходимость интеграции лиц с психозом в общество, часть респондентов обеих групп усматривают повышенную социальную опасность в их поведении. Отношения с человеком, страдающим этим заболеванием, хотели бы ограничить 7 (23,3%) членов семей больного и 15 представителей (50%) «здорового населения». Таким образом, мы выявили достаточно высокий уровень предубежденности микро- и макросоциального окружения в отношении больных психозом, что, безусловно, может способствовать изоляции пациентов от общества.

Проведенное нами исследование продемонстрировало недостаток информированности о расстройствах психотического спектра и у членов семей недавно заболевших лиц, и у здорового населения, а также настороженность в отношении этой категории больных в исследованных группах. Полученные нами данные позволяют говорить о том, что существует необходимость в расширении просветительской работы в области расстройств психотического спектра для различных категорий граждан. Наличие достоверной и понятной информации о психозе у членов семей больного и населения в целом будет способствовать преодолению предубежденности в отношении этой категории больных, что, в конечном итоге, благотворно скажется и на пациентах, и на обществе в целом.





**Ю.В. Вишняков, И.В. Десятниченко**

ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» ЛНР

**ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ДЛЯ  
ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ**

**U.V. Vishnjakov, I.V. Desjatnichenko**

SI «Lugansk Republican Clinical Mental Hospital» LPR

**EVALUATION CRITERIA OF CLINICAL AND FUNCTIONAL DIAGNOSIS TO  
IMPROVE THE EFFICIENCY OF MEDICAL CARE THE MENTALLY ILL**

**Актуальность.** Потребность в интегральной оценке состояния психически больного подчеркивается все большим количеством исследователей. В повседневной практике также приходится сталкиваться с тем фактом, что феноменологическая оценка, составляющая основу нозологической диагностики психических и поведенческих расстройств, не раскрывает полностью уровень и потенциал сохранности или степень декомпенсации личностных возможностей в сферах жизнедеятельности пациентов, что обуславливает необходимость создания концепции функционального диагноза.

**Цель:** выделение компактных характеристик функционального диагноза, каждая из которых является суммирующей отдельных вненозологических признаков (психологических и психосоциальных), определяющих характер адаптационно-компенсаторных возможностей пациентов с психическими и поведенческими расстройствами.

**Материалы и методы:** исследование проводилось на базе Луганской республиканской клинической психоневрологической больницы. В течение 3 лет велось динамическое наблюдение за группой пациентов, находящихся на диспансерном учете и проходящих периодическое стационарное лечение. Было обследовано 97 пациентов в возрасте 18-54 лет с длительностью психического заболевания от 3-4 месяцев до 20 лет. Для нозологической диагностики клинико-функционального диагноза использовались критерии МКБ-10, для уточнения социально-психологических аспектов - стандартные методики психодиагностики. Под наблюдением находились больные следующих нозологических единиц: с шизофренией - 48 человек, шизоаффективным расстройством - 16 человек, биполярными и рекуррентных





аффективными расстройствами - 16 человек, органическим поражением головного мозга с различной психотической симптоматикой - 17 человек.

**Результаты:** для установления клинико-функционального диагноза во всех случаях использовался алгоритм, состоящий из 4 составляющих: клинико-диагностической, психологической (оценка внутренней картины болезни и адаптационных возможностей личности), социальной (оценка приспособительного поведения, уровня достижений и качества жизни), предреабилитационной (оценка преморбидного социального статуса, навыков пациента и «ресурсов окружения»). Выделяемые критерии предоставляют возможность интегрировать клинические, психологические и социальные сведения о больных в единую систему и позволяют на ранних этапах диагностики и лечения профилактировать нарастание социальной дезадаптации и инвалидизацию пациентов, точнее оценивать имеющиеся адаптивно-компенсаторные возможности пациентов, максимально восстанавливать уровень функционирования пациентов в значимых социальных сферах с достижением удовлетворительного качества жизни, выделять контингент пациентов, поддающихся реабилитационным воздействиям, способствовать стремлению достижения полной ремиссии и социального восстановления пациентов.

**Выводы:** выделенные 4 составляющие функционального диагноза являются унифицированными и позволяют индивидуализировать диагностические и лечебные программы как на стадии установления диагноза, подбора видов лечения, медикаментозных схем, так и на этапах разработки и реализации индивидуальных программ реабилитации.

**В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

#### **ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА РАННИХ ЭТАПАХ ШИЗОФРЕНИИ**

**V.A. Abramov, T.L. Ryapolova**

Donetsk National Medical University named after M. Gorky,  
Psychiatry, Narcology and Medical Psychology Department

#### **MAIN DIRECTIONS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AT EARLY STAGES OF SCHIZOPHRENIA**



Архивъ внутренней медицины  
[www.medarhive.ru](http://www.medarhive.ru)



## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

Концепция реабилитации больных психозами за годы ее применения претерпела существенную эволюцию. Первоначальное представление о реабилитации как о завершающей фазе медицинской деятельности уступило место более широкому ее пониманию как направления современной медицины и, одновременно, как многоэтапного динамического процесса, включающего, соответственно, ориентированное лечение и нацеленность на социальную реинтеграцию пациента.

В отличие от традиционного понимания реабилитации как процесса восстановления личного и социального статуса (ресоциализации) хронически больного, приоритетным направлением реабилитации пациента с манифестным эпизодом психоза, по нашему мнению, является устранение преморбидных изъянов социализации, повышение социальной компетентности больного и оптимизация его приспособительного поведения путем развития ресурсов личности и навыков решения жизненных проблем. Этим и определяются основные направления психосоциальной реабилитации на ранних этапах психоза:

1. выявление и клиническая оценка предшествующих первичному психотическому эпизоду ранних неспецифических дисфункциональных состояний (продромальных симптомов) и вероятности их структурно-динамической связи с наступившими в дальнейшем инициальными проявлениями болезни;

2. оценка реабилитационного потенциала и уровня функциональной (биопсихосоциальной) недостаточности пациента;

3. видоизменение содержания лечебно-восстановительных мероприятий от психопрофилактической их направленности к преобладанию ранних терапевтических и реабилитационных вмешательств, по мере продвижения психических расстройств от патоса к ранним проявлениям психоза (собственно психотического процесса);

4. формулирование конечных целей ранней реабилитации в направлении формирования адаптивных личностных образований, улучшения социального функционирования и качества жизни больного;

5. использование системы лечебно-восстановительных и коррекционно-приспособительных мероприятий, осуществляемых на начальных этапах заболевания, и направленных на устранение преморбидных изъянов социализации, повышение социальной компетентности больных, оптимизацию их приспособительного поведения и предупреждение хронизации болезни;



6. раннее реабилитационное вмешательство должно предусматривать увеличение функциональных возможностей пациента, не выходя при этом за пределы его индивидуальной (онтогенетической) нормы адаптации;

7. соблюдение основных этических принципов реабилитационного вмешательства вообще и ранней реабилитации, в частности;

8. использование адекватного алгоритма фармакологического лечения с преимущественным применением атипичных антипсихотиков;

9. вовлечение в реабилитационный процесс семьи больного с целью нормализации межличностных отношений, формирования терапевтического (партнерского) альянса с пациентом и совместного преодоления проблем, возникших в связи с болезнью.

**М.П. Марачев, А.С. Аведисова**

ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

#### **ПОТРЕБЛЕНИЕ НЕСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМИ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**M.P. Marachev, A.S. Avedisova**

V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

#### **CONSUMPTION SPECIALIZED CARE FOR PATIENTS WITH ANXIETY AND PHOBIC DISORDERS**

Тревожно-фобические расстройства (ГФР) занимают одно из лидирующих мест по распространенности среди психической патологии. Наибольшее социально-экономическое бремя разделено между тремя основными нозологиями: социальная фобия (СФ), генерализованное тревожное расстройство (ГТР) и паническое расстройство (ПР).

**Целью** ретроспективного исследования является изучение «маршрутов» пациентов с ПР, СФ и ГТР до проведения первого курса стандартизированной терапии в специализированном психиатрическом учреждении.





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

**Материалы и методы.** В исследование было включено 68 человек. Использовались модифицированные инструменты ВОЗ: международное композитное диагностическое интервью и форма для выявления путей обращения за помощью.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $36 \pm 13$  лет, в выборке преобладали женщины (70,5%), лица имеющие высшее образование (76,4%) и постоянную работу (53,3%), с незначительным преимуществом холостых (47%) над состоящими в браке (41%). С момента появления первых симптомов заболевания ( $29 \pm 14$  лет) до обращения за специализированной помощью в среднем проходило  $7 \pm 8$  лет. Наибольшим этот период был у пациентов с СФ ( $11 \pm 9$  лет), средним ( $5,9 \pm 6,7$  лет) – у пациентов с ПР и наименьшим – при ГТР ( $4,9 \pm 7,6$  лет). До обращения за специализированной помощью пациенты переносили не менее двух эпизодов ТФР, во время которых неоднократно консультировались у специалистов разного профиля (в среднем  $3,4 \pm 1,7$  посещений). Так, для СФ количество обращений было наименьшим ( $2,6 \pm 1,3$ ) по сравнению с ПР ( $3,7 \pm 1,9$ ) и ГТР ( $3,8 \pm 1,3$ ). Наиболее востребованными специалистами на доспециализированном этапе являлись психиатры (20%), однократные визиты к которым не сопровождались назначением стандартизированного курса терапии в течение адекватного периода времени. Далее по степени востребованности среди врачебных специальностей шли терапевты (17%), психотерапевты (13%), неврологи (12%), врачи скорой медицинской помощи (10%), кардиологи (3%), гастроэнтерологи (3%), пульмонологи (3%), эндокринологи (2%) и сомнологи (2%). К специалистам без высшего медицинского образования обращалось 10% пациентов (к психологам – 5%, экстрасенсам – 3%, священникам – 2%). Распределение наиболее востребованных специалистов отличалось при различных нозологиях: психиатр (38%), терапевт (15%), психолог (15%) у пациентов с СФ; психиатр (28%), психотерапевт (17%), невролог (11%), врач скорой медицинской помощи (11%) у лиц, страдающих ГТР; терапевт (28%), невролог (16%), психотерапевт (16%), врач скорой медицинской помощи (16%) для больных с ПР.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о длительном периоде задержки в получении специализированной помощи пациентами с ТФР, что обуславливает величину социально-экономического бремени тревожных расстройств для общества.



**Г.Н. Носачев**

СКДЦ клиник Самарского государственного медицинского университета, Россия

**НЕОБХОДИМОСТЬ ДИСКУРСА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ  
СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

**G.N. Nosachev**

Clinics of Samara state medical University, Russia

**THE NEED FOR DISCOURSE ON THE PRESENT STAGE OF DEVELOPMENT OF  
SOCIAL PSYCHIATRY**

К сожалению, необходимо констатировать, что институты современной психиатрии и наркологии проигрывают ведущую роль формирования в обществе внешней и внутренней картины психического здоровья в обществе и у конкретного индивида, что способствует стигматизации и дискриминации психически больных и создают серьезные трудности психопрофилактики, психогигиены и реабилитации. Средства массовой информации формируют в массовом сознании пренебрежительный, уничижающий образ носителя психических расстройств, навязывая обществу образ отрицательного, социального опасного поведения душевнобольного для окружающих, а госпитализацию в психиатрический стационар - как «злую волю» врачей, членов семьи. Таким образом, преобладающий в массовом сознании правовой нигилизм вообще и медицинского права, в частности, целиком распространяется на носителей психических расстройств, независимо от диагноза и частоты обострений.

Набирающие интенсивность психообразование и информационная психотерапия при всех их успехах охватывает собственно самих пациентов и их ближайшее окружение и мало распространяется на более крупные группы общества, в том числе на психологов, учителей, журналистов. А данные виды работы профессионалов не получают отклика не только в массовом сознании, но даже у врачебной общественности, не распространяются и в гражданском обществе. В результате обращение к психиатру, наркологу остается поздним, вынужденным или неотложным, факт обращения воспринимается как стигматизирующий и дискриминирующий, а диагностика и лечение - поздними и более длительными.

Профессиональная общественность практически утратила интерес к дискурсологии в речевой сфере социальных отношений, а также как к факту культуры и просвещения в разных сферах человеческой жизни, особенно в психологии здоровья и профилактической медицине.





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

Практически отсутствуют институциональные статус-ориентированные дискурсы даже на страницах профессиональных журналов (исключением является журнал «Вопросы наркологии», где есть раздел «Дискуссии»).

Личностно-ориентированные дискурсы в медицинском сообществе, направленные на разные группы общества, практически не используются ни в рамках педагогических коммуникаций в медицинских институтах, ни в других образовательных учреждениях. Практически отсутствует преподавание психологии здоровья, развития, профилактики, психогигиены, сохранения и поддержания психического здоровья.

Между тем дискурсология формируется как самостоятельная наука, имеющая как общие цели и задачи диалогического взаимодействия, так и частности по разным составляющим здоровья. Нет необходимости доказывать существующие в обществе различия в понимании и реализации личностного отношения индивида к физическому и психическому здоровью. Возникает необходимость найти пути и способы разработки лингвистических, социолингвистических и философских подходов, позволяющих преодолеть определенные мифы, архетипы, заблуждения и логические ошибки и использовать их для формирования «внутренней картины психического здоровья - болезни» для преодоления их стигматизирующего и дискриминирующего влияния и стереотипы, коммуникационные манипуляции и деформации личности и групп общества. Только в дискурсе, диалогическом взаимодействии, в речевом процессе формируется менталитет в обществе и у каждого его члена.



## ПСИХИАТРИЯ

**С.А. Игумнов<sup>1</sup>, А.П. Гелда<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> - Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета повышения квалификации медицинских работников Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский Университет Дружбы Народов», Москва, Россия

<sup>2</sup> - Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Минздрава Беларуси, Минск, Беларусь

### **СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ДИНАМИКА ЗА 30- ЛЕТНИЙ ПЕРИОД**

**S.A. Igumnov<sup>1</sup>, A.P. Helda<sup>2</sup>**

### **SUICIDE BEHAVIOR OF THE POPULATION IN RUSSIAN FEDERATION AND REPUBLIC OF BELARUS: DYNAMICS FOR 30 YEARS**

<sup>1</sup> - Department of Psychiatry, Psychotherapy & Psychosomatics, Medical Faculty for Postgraduate Education, Russian University of Peoples, Friendship, Moscow, Russia

<sup>2</sup> - Republican Research and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

На момент начала формирования организационной структуры суицидологической помощи населению РСФСР и Белорусской ССР (БССР, в составе СССР) обстановка была неблагоприятной, уровень суицидов достигал в 1985 г., соответственно, 31,1 и 23 случаев на 100 000 населения). На фоне мероприятий антиалкогольной кампании и создания (по модели г. Москвы) суицидологических кабинетов на базе городских (в столицах союзных республик и крупных городах) и областных психоневрологических диспансеров, открытия Телефона Доверия (сначала столицах союзных республик, в том числе в Минске, затем в областных городах) уровень завершенных суицидов к 1988 году снизился до 24,4 случаев на 100 000 населения в России и 18,5 случаев на 100 000 населения БССР. На фоне социально-экономического кризиса, сопутствовавшего процессу распада СССР, роста алкоголизации и наркотизации, уровень суицидального поведения населения к 1992 году резко повысился (до 46,1 случая на 100 000 населения в России и 23,6 случая на 100 000 населения в Беларуси). На





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

протяжении 1990-2012 г.г. Российская Федерация и Республика Беларусь относились к странам с высоким уровнем суицидов – более 20 случаев на 100 000 населения. Уровень суицидов, несмотря на наличие тенденции к его снижению, остается высоким и значительно превышает среднемировой – 11,4 суицидов на 100 тысяч населения (15,0 для мужчин и 8,0 для женщин). Пик суицидов в общей популяции отмечен в 1992 году в России (когда уровень суицидов составил 46,1 случая на 100 000 населения) и в 1996 г. в Беларуси (уровень суицидов составил 35,8 случаев на 100 000 населения (в сравнении с «антипиком» 1988 года уровень суицидов возрос в 1,9 раза). Пик суицидов в городской популяции отмечен также в 1996 г., когда было совершено 2015 суицидов, и уровень суицидов составил 29,1 случаев на 100 000 городского населения. Пик суицидов в сельской популяции отмечен в 2003 г., когда было совершено 1627 суицидов, и уровень суицидов составил 57,4 случаев на 100 000 сельского населения. В период с 1989 по 2006 в России и с 1995 по 2005 годы в Беларуси уровень суицидов в общей популяции не опускался ниже 30 случаев на 100 тыс. населения («сверхвысокий» уровень суицидальной активности).

С 2004 г. на фоне стабилизации социально-экономической обстановки, создания Союзного государства Беларуси и России (2002 год) в обеих странах отмечается стойкая тенденция к снижению уровня суицидов. В 2006 г. уровень суицидов в Беларуси впервые с 1995 г. опустился ниже 30 и составил 29 случаев на 100 тыс. населения. Аналогичный показатель (29,1 случая на 100 тыс. населения) достигнут в 2007 г. в России. Особенно отчетливая тенденция отмечается с 2009 года, на фоне осуществления мероприятий, предусмотренных Комплексным планом профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь и Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (которая в качестве одного из целевых индикаторов предусматривает снижение смертности от самоубийств). В целях снижения уровня суицидов среди населения Республики Беларусь, в соответствии с поручением Совета Министров Республики Беларусь от 05.10.2009 г. №38/204-471, Министерством здравоохранения Республики Беларусь был разработан и согласован с заинтересованными министерствами и ведомствами Комплексный план профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009 – 2012 годы (далее – План). В Плане содержался перечень мероприятий, направленных на снижение уровня суицидов в республике. В него были включены разделы: организационно-методические мероприятия, укрепление кадрового потенциала, информационно-пропагандистское обеспечение и организация профилактической помощи. Основными целями Плана являлись: стабилизация и снижение числа суицидов и

## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции



попыток суицидов среди населения; улучшение психологической обстановки и повышение уровня здоровья, в том числе, нравственного, населения страны. План предусматривал решение следующих задач: активизацию деятельности государственных органов, общественных, в том числе, религиозных (в особенности, доминирующих в стране конфессий: Белорусского экзархата Русской Православной церкви и Конференции католических епископов Беларуси) организаций в решении проблемы суицидов; повышение уровня подготовки специалистов различных профессий в области профилактики суицидов; повышение доступности для населения качественной, своевременной социальной, психологической, медицинской и духовной помощи.

С учетом того, что суициды являются следствием целого комплекса причин и факторов, основные из которых носят социальный характер, Планом было предусмотрено расширение межведомственного взаимодействия и сотрудничества в области их профилактики, включая организацию в многопрофильных стационарных организациях здравоохранения областей и г. Минска стационарных отделений для оказания медицинской помощи лицам с риском совершения суицидов и совершившим суицидальные попытки (п.11); организация системы регистрации и мониторинга суицидов с дифференциацией по способам их совершения, полу, возрасту (п.8); организация системы регистрации и мониторинга попыток суицидов с дифференциацией по способам их совершения, полу и возрасту (п.9); проведение социологических опросов населения для выявления причин суицидального поведения населения и степени информированности населения о наличии служб профилактики суицидов и их возможностях (п.16); привлечение к разработке мероприятий по профилактике суицидов экспертов Всемирной организации здравоохранения с целью переноса опыта стран, имеющих позитивные результаты в профилактике суицидов (п.17); организация выявления медицинскими работниками лиц с суицидальными признаками и оказание необходимой медицинской помощи с учетом факторов риска и признаков суицидального поведения (п. 19); организацию обязательного изучения вопросов кризисной психологии, факторов риска, признаков суицидального поведения и вопросов профилактики суицидов при проведении повышения квалификации и переподготовки педагогических работников, психологов, специалистов по социальной работе (п.21); разработку конкретных мер, направленных на ...борьбу со злоупотреблением спиртными напитками (п.28), ограничение реализации алкогольной продукции в вечернее и ночное время (п. 29); выявление у одиноко проживающих: пожилых, неработающих, инвалидов, злоупотребляющих алкоголем граждан психологических,





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

медицинских, социальных проблем, информирование их о наличии службы экстренной психологической помощи «Телефон доверия» и срочной консультационной помощи по телефонам «Горячая линия» (п. 36); оказание содействия лицам, вернувшимся из мест лишения свободы и АТП в трудоустройстве, профессиональном обучении и переобучении (п. 40); ограничение доступности к выходам на крыши высотных зданий, проникновения в строящиеся здания, сооружения (п. 41) и т.д. Координирующая роль по реализации основных направлений, изложенных в Комплексном Плане, в системе здравоохранения Беларуси принадлежала Государственному учреждению «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (директор в 2009-2012 г.г. - д.м.н., профессор С.А. Игумнов). В рамках исполнения п. 15 Комплексного Плана «организация психиатрического научного подразделения для проведения научных исследований с целью разработки новых, высокоэффективных технологий в области оказания помощи при кризисных состояниях, реабилитации и профилактики суицидов» в 2010 г. в структуре Республиканского научно-практического центра психического здоровья создана лаборатория клинико-эпидемиологических исследований. На фоне реализации мероприятий «Комплексного плана профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009 – 2012 годы» уровень суицидов всего за три года снизился на 7,8 случаев на 100 тыс. населения (с 28,3 случаев на 100 тыс. населения (в абсолютных цифрах – 2375 суицидов) в 2009 г. до 20,5 случаев (1944 суицида) в 2012 г.). Для сравнения, в Российской Федерации этот показатель в 2012 г. составил 22,4 случая на 100 тыс. населения [5, с.19]. В последующие годы позитивная тенденция продолжается. В результате реализации мероприятий, заложенных в Плане, в 2014 г. уровень официальной регистрации суицидов в общей популяции Беларуси стал меньше 20 случаев на 100 тыс. населения - 18,3 (2013 г. - 20,1). Это означает, что Беларусь вышла из группы стран с высоким уровнем суицидов. В настоящее время по количеству суицидов среди мужского населения Беларусь занимает 11 место в мире с показателем 32,7 самоубийства на 100 тысяч населения. В общем рейтинге случаев суицидов Республика Беларусь занимает 19-е место с показателем 18,3 самоубийства на 100 тысяч населения. При этом средний мировой показатель – 11,4 суицидов на 100 тысяч населения (15,0 для мужчин и 8,0 для женщин). Группой максимального риска суицида как в Беларуси, так и в России являются мужчины трудоспособного возраста, особенно старше 45 лет.

Чрезвычайно важным представляется сохранение и развитие разработанной эффективной модели межведомственного и межконфессионального взаимодействия в плане профилактики суицидов, партнерства государственных структур и общественных объединений, а также



координация усилий в области международного сотрудничества, в особенности в рамках Союзного государства Беларуси и России, Таможенного Союза и Организации Договора о Коллективной Безопасности (ОДКБ). На уровне ведущих национальных научных центров, включенных в систему профилактики суицидального и саморазрушительного поведения населения, большие перспективы открывает активизация сотрудничества Республиканского научно-практического центра психического здоровья Минздрава Беларуси и Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского Минздрава России. Важно отметить, что Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (принятая 15 апреля 2014 г., № 294) в качестве одного из целевых индикаторов предусматривает снижение смертности от самоубийств до 16 случаев на 100 тыс. населения. Такой показатель представляется вполне достижимым и в Беларуси.

**А.И. Ерзин, Т.С. Семенова**

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

**ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ДЕПРЕССИИ И СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА  
У ПОДРОСТКОВ-ГОМОСЕКСУАЛОВ**

**A.I. Erzin, T.S. Semenova**

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

**PERSONAL DETERMINANTS OF DEPRESSION AND SUICIDE RISK AMONG  
HOMOSEXUAL ADOLESCENT**

*Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №16-36-01050*

**Введение.** Отрочество является временем формирования полового самосознания, и подростки с диффузной половой идентичностью могут испытывать трудности с социальным функционированием и самоотношением. В силу стигматизации и дискриминации на почве ненависти, которые ярко проявляются в нашем обществе, лица с проблемами сексуальной ориентации и идентичности повержены высокому риску возникновения стрессовых расстройств – психогенных депрессий, психосоматических реакций, социофобии. При этом суицидальное поведение среди секс-меньшинств является лишь самым крайним проявлением реакции на давление социальных предрассудков и стереотипов.





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

**Целью** данной работы было выявление уровня депрессии и суицидального риска, а также установление характера влияния на эти переменные некоторых личностных детерминант (черт личности, оптимизма и самооэффективности) у подростков с гомосексуальной ориентацией.

**Материалы и методы.** Было обследовано 70 человек в возрасте 12-16 лет, кто имел сексуальное влечение к лицам того же пола, отождествлял себя с гомо/бисексуалами либо уже имел гомосексуальные контакты. В исследовании применялись шкала депрессии Бека, опросник суицидального риска, Пятифакторный личностный опросник, тест диспозиционного оптимизма и тест общей самооэффективности.

**Результаты.** Было установлено, что 20% подростков имели легкую степень депрессии по шкале Бека. 10% респондентов имели умеренный уровень депрессии. Тяжелая депрессия была выявлена у 27,2% человек. Высокий риск суицидального поведения у обследованных подростков имеют лица с завышенными показателями по шкалам «Аффективность» и «Социальный пессимизм». Чуть менее выраженными оказались результаты по шкалам «Временная перспектива» и «Демонстративность». Для опрошенных подростков характерны такие личностные особенности, как высокий нейротизм (эмоциональная неустойчивость), развитая экспрессивность (открытость новому опыту) и высокая привязанность. Более низкие баллы подростки набрали по шкалам «Экстраверсия – интроверсия» и «Самоконтроль – импульсивность». Оказалось, что из всех основных личностных факторов наиболее тесно коррелирует с уровнем депрессии эмоциональная неустойчивость ( $r=0,40$ ). При этом высокий нейротизм имеет более прочные связи с суицидальным риском, чем с уровнем депрессии ( $r=0,87$ ). Отрицательную взаимосвязь показывает экстраверсия – чем ниже развиты открытость и коммуникабельность, тем выше вероятность возникновения депрессивных реакций. Как и ожидалось, уровень оптимизма и самооэффективности обратно пропорционален уровню выраженности депрессивных симптомов ( $r=-0,58$  и  $r=-0,38$ ) и суицидальному риску ( $r=-0,58$  и  $r=-0,12$ ).

**Заключение.** Было выяснено, что выраженные в той или иной мере проявления депрессии встречаются у гомосексуальных подростков в более половине случаев. В структуре суицидальных намерений на первый план выходят аффективность и социальный пессимизм, демонстративность и отсутствие временной перспективы. Эмоциональная неустойчивость и интроверсия как компоненты пятифакторной модели личности усугубляют влияние стигматизации, повышая уровень депрессии и суицидального риска. Самоэффективность и оптимизм являются когнитивными структурами, которые способны смягчать действие стигмы и препятствовать возникновению депрессии.



**С.Б. Бабарахимова, Ж.М. Искандарова, Ш.Ш. Шаикрамов**

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан

### **ОСОБЕННОСТИ ДИСМОРФОФОБИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА**

**S.B. Babarahimova, J.M. Iskandarova, Sh.Sh. Shaikramov**

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

### **THE FEATURES OF DISMORPHOBIA OF PUBERTY PERIOD**

**Актуальность.** Согласно данным ВОЗ депрессивные состояния с преобладанием в клинической картине дисморфофобических расстройств встречаются преимущественно в подростково-юношеском возрасте и составляют 8-20% в общей популяции 15-20-летних и более 50% всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста.

**Цель исследования:** изучить клинические особенности дисморфофобических расстройств пубертатного периода с целью оптимизации лечебно-реабилитационной и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

**Материалы и методы исследования:** были обследованы 45 пациентов в возрасте от 15 до 17 лет с жалобами на наличие дефекта внешности, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности в сочетании с депрессивной симптоматикой. Ведущими методами исследования являлись клиничко-психопатологический, сбор катamnестических данных.

**Результаты:** все пациенты были разделены на три клинические группы: дисморфофобический тип (20 больных-44,4%), деперсонализационный тип (15 больных-33,3%), ипохондрический тип (10 больных-22,3%). Пациенты с дисморфофобическим типом считали себя неинтересными, непривлекательными внешне, высказывали недовольство своим ростом, болезненно относились к наличию угревой сыпи, «лопоухих» ушей, слишком большого размера носа, жаловались на слабОВОлие, винили себя в бесчувственности, скованности, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве. Пациенты с деперсонализационным типом характеризовались наличием убежденности в измененности лица, больные не узнавали себя в зеркале, лицо казалось чужим, безжизненным, с тупым, бессмысленным выражением, они заявляли, что у них постарела кожа,





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

изменились пропорции тела. У них наблюдался симптом зеркала, пациенты подолгу разглядывали себя в зеркале, все больше убеждаясь в наличии у себя измененной внешности. Пациенты с ипохондрическим типом жаловались на облысение, маленький рост, непропорциональное телосложение; внешние недостатки, по их мнению, были обусловлены соматическими нарушениями, неправильным образом жизни, неблагоприятной атмосферой, экологическими катаклизмами, нарушением обмена веществ. Все пациенты предъявляли жалобы на плохое настроение, наплывы плохих мыслей, потерю аппетита, бессонницу, запоры, учащённое сердцебиение, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. В формировании депрессивной симптоматики были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности.

**Вывод:** проведенное исследование особенностей пубертатных дисморфофобий депрессивного спектра показало возможность определения типологических вариантов, клинических синдромов для осуществления правильного выбора медикаментозного и психотерапевтического подходов, прогноза и профилактики данной патологии.

**В.Э. Медведев**

РУДН, Москва, Россия

### **ДИСМОРФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПАЦИЕНТОВ ПЛАСТИЧЕСКОГО ХИРУРГА**

**V.E. Medvedev**

PFUR University, Moscow, Russia

### **DYSMORPHIC DISORDER IN MENTAL DISORDERS' STRUCTURE OF THE PLASTIC SURGEONS' PATIENTS**

**Цель** - изучение структуры дисморфических расстройств у пациентов без явных дефектов внешности, обратившихся за хирургической коррекцией внешности.

**Материалы и методы.** В исследование включались пациенты обоего пола в возрасте от 18 до 75 лет, обратившиеся в клинику пластической хирургии в связи с недовольством своей внешностью, без верифицированных функциональных или анатомических отклонений и давшие согласие на участие в исследовании. Основной метод обследования - клиничко-



психопатологический с привлечением данных катамнеза (1-3 года). Анализ соматического состояния проводился на основе данных медицинской документации и результатов лабораторных и клинико-инструментальных методов обследования.

**Результаты.** В ходе работы обследован 281 пациент (227 женщин (средний возраст  $35,8 \pm 4,9$  лет) и 54 мужчины (средний возраст  $30,9 \pm 5,7$  лет)).

Анализ результатов обследований больных свидетельствует о гетерогенности психопатологической структуры дисморфических расстройств, приводящих к обращению к пластическому хирургу. На основании полученных данных выделено несколько групп больных: с преобладанием сверхценных (26%), тревожно-фобических (23,1%), обсессивно-компульсивных (11%), аффективных (32%) и психотических (бредовых, 7,5%) расстройств, ведущим психопатологическим симптомом которых в данной выборке больных являлось недовольство собственной внешностью.

Выявленные психопатологические синдромы реализуются в рамках динамики РЛ, пизофрении, аффективных (БАР, РАР и др.) и органических (смешанных) расстройств.

Катамнестические данные указывают на отсутствие улучшения, и даже, напротив, на ухудшение психического состояния пациентов после проведения косметологического или хирургического лечения. Более того, наличие психической патологии способствует персистированию недовольства собственной внешностью.

**Заключение.** Результаты исследования свидетельствуют о наличии феномена недовольства собственной внешностью при отсутствии косметических дефектов (дисморфии) в структуре широко спектра гетерогенных (как по клинико-синдромальной структуре, так и нозологической принадлежности) психических расстройств.

Дисморфическое расстройство может не только являться причиной недовольства пациента собственной внешностью и определять его обращение к хирургу, но и осложнять течение постоперационного периода и повышать риск неудовлетворенности результатами терапии.

Следует признать необходимым при принятии решения о возможности и объеме оперативного вмешательства основываться не только на учете физического состояния, но и на облигатном всестороннем анализе психиатрического анамнеза (особенно установления причин возникновения недовольства внешностью и мотивов обращения к пластическому хирургу).



## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

**Е.О. Кулешова, А.Е. Строганов, Л.В. Лещенко**

ФГБОУ ВО «Алтайский Государственный Медицинский Университет» МинЗдрава РФ, кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ФПК и ППС, Барнаул

### **ПРОБЛЕМА СУИЦИДОВ ПРИ ОСТРЫХ ПОЛИМОРФНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

**E.A. Kuleshova, A.E. Stroganov, L.V. Leshchenko**

FSBE HE «Altai state medical University» Ministry of healthcare of the Russian Federation

Department of psychiatry, medical psychology and narcology with the course of ATF and PRS, Barnaul

### **THE PROBLEM OF SUICIDE IN ACUTE POLYMORPHIC DISORDER**

**Актуальность.** Суицидальное поведение является важным и частым явлением не только при аффективных расстройствах, но и при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра. Резко повышенная суицидальная активность и в наибольшей степени выражен суицидальный риск в течение первого года после манифестного психотического эпизода. Завершенное самоубийство - это самый плачевный исход психических расстройств.

К отдельной группе суицидального риска относятся, в силу особенностей психопатологической структуры данного заболевания, больные с острыми полиморфными расстройствами (ОПР): доминированием в клинической картине острого чувственного бреда, аффективных нарушений, чаще депрессивного спектра, психомоторного возбуждения сопровождающегося импульсивными действиями. При всем вышеописанном суицидальные проявления при данной психической патологии исследованы мало.

Вероятно, это подвергаются на ранних этапах ближайшее окружение пациента, а на более поздних – он связано не только с переживаний психотического периода, но и с психосоциальным стрессом, которому сам, в связи с установлением психиатрического диагноза, что приводит стигматизации. Также немаловажную роль в возникновении суицидальной готовности играют остаточная непсихотическая симптоматика в виде субдепрессии, сохранность критических способностей и характерный данным пациентам повышенный анализ болезненных переживаний.

Известно, что наиболее распространенный возраст манифестации ОПР – начало взрослой жизни, обычно средний возраст около 30 лет. Также для данного заболевания характерна полная редукция до преморбидного состояния. Таким образом, такие больные являются активными членами общества, что показывает злободневность и социобиологический характер проблемы суицидов при острых психозах.



**Материалы и методы.** Нами было обследовано 146 пациентов с ОНР, у 38 (26,03%) из них в структуре заболевания были ярко выражены аффективные нарушения: 27 (18,49%) депрессивного спектра и 11 (7,53%) маниакального.

**Результаты.** Аффективно-бредовый и аффективно-параноидный варианты ОНР, дебютирующие депрессивной симптоматикой, на высоте психоза достигали тяжелой степени депрессии. У 14 пациентов отмечались суицидальные тенденции, при этом 9 больных предприняли серьезные суицидальные попытки (64,29% от пациентов высказывающих намерение совершить действия, направленные на самоубийство).

Причиной таких действий послужили, по мнению пациентов:

- преследование недоброжелателей (с помощью суицида решалась данная проблема)
- суицид был выходом из тяжелого психического состояния: «наплыва» мыслей, навязчивых страхов, тревоги.

Мы не встретили ни одного случая, когда причиной суицидальных действий явились императивные псевдогаллюцинации. Чаще всего пациенты наносили себе самоповреждения режущими предметами, реже совершая самоповешения.

**Заключение.** Таким образом, проблема суицидов при ОНР стоит остро, имеет не только медицинский, но и социальный характер. Решение данной задачи видится нам в дальнейшем исследовании предмета обсуждения с выявлением повышенного суицидального риска, закономерно способствующего превенции аутоагрессивного поведения таких больных.

**А.В. Якимец, А.В. Шпак, И.А. Басинская, Н.В. Беженарь, М.А. Халилов**

ФКУ «Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением» МЗ РФ, Орел, Россия

#### **ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ СЛУЧАЯМИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

**A.V. Yakimets, A.V. Shpak, I.A. Basinskaya, N.V. Bezhenar, M.A. Khalilov**

FSI «Oryol Mental Health Facility with Intensive care», Ministry of Public Health, Oryol, Russia

#### **ASSESSMENT OF SOCIAL AND OCCUPATIONAL FUNCTIONING PATIENTS WITH RESISTANT CASES OF PARANOID SCHIZOPHRENIA**

**Актуальность:** изучение социального и профессионального функционирования психически больных в настоящее время является актуальным методологическим направлением в





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

психиатрии, позволяющее оценить эффективность психофармакотерапии и уровень адаптации пациента. Отсутствие стабильного периода удовлетворительного социального и/или профессионального функционирования в течение 5 лет, является одним из критериев терапевтически резистентной психозфрении, предложенные организацией IPAP (International Psychopharmacology Algorithm Project, 2003). Как известно, проблема терапевтической резистентности при параноидной психозфрении чрезвычайно сложна и не теряет своей актуальности и на сегодняшний день. Существует огромное количество шкал и опросников, предназначенных для оценки уровня социального функционирования и качества жизни психиатрически больных. К наиболее распространенным относятся: LQLI (Lehman Quality of Life Interview), HQLS (Heinrichs-Carpenter-Hanlon Quality of Life Scale), LQLP (Lancashire Quality of Life Profile), QLS – 100. Данные методики, как правило, состоят из нескольких блоков, включающих в себя различные стороны жизни - психическое состояние, образование, физическую работоспособность, интеллектуальную деятельность, дневную активность, материальное положение, жилищные условия, питание, положение пациента в семье, круг интересов и общения.

**Цель исследования:** оценить уровень социального и профессионального функционирования пациентов, страдающих терапевтически резистентной параноидной психозфренией и разработать мероприятия по их психосоциальной реабилитации.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явились пациенты, находящиеся на принудительном лечении в «Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением» МЗ РФ, с диагнозом параноидная психозфрения, терапевтически резистентные к стандартной психофармакотерапии, составившие выборку из 80 человек. Изучение качества жизни пациентов проводилось с помощью стандартизованного психометрического метода по опроснику оценки социального функционирования качества жизни психически больных (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 1994). Он представляет собой полуструктурированное интервью с элементами клинической рейтинговой шкалы, предназначенной для комплексной оценки качества жизни и психосоциального функционирования психически больных (в первую очередь эндогенными психозами) и включает следующие разделы:



- демографические данные;
- сведения о течении заболевания и особенностях диспансерного наблюдения;
- образование и трудовая деятельность;
- материально-бытовая сфера (в том числе данные о материальном положении, жилищных условиях, питании, обеспеченности одеждой);
- дневная активность, включая самообслуживание;
- семейное положение;
- социальные контакты.

Опрос проводился клиническими психологами и психиатрами, однако, часть ответов базировалась на объективных данных, а другая часть – отражала суждения пациентов, высказываемые ими при опросе. Таким образом, появлялась возможность более полного (по сравнению с тем, когда используется набор различных инструментов) сопоставления этих данных в рамках одного интервью при совпадении содержания вопросов в его субъективной и объективной частях. Возраст больных варьировал от 20 до 45 лет. Наиболее многочисленной была возрастная группа от 38 до 45 лет (30 %).

**Результаты.** В исследуемую группу входило 80 больных, страдающих параноидной формой психоза, резистентной к проводимой психофармакотерапии, из них 57 пациентов (71,25%) имели непрерывный тип течения и 23 пациента (28,75%) - эпизодический тип течения с нарастающим дефектом. Средний возраст дебюта заболевания составил 22-24 лет. Средняя длительность заболевания составила 25,6+12,5 лет (от дебюта до включения в исследование).

В исследованной группе количество больных с длительностью заболевания до 5 лет составило 4 пациента (5%), с длительностью свыше 5 до 10 лет – 1 пациент (1, 25%), свыше 10 до 15 лет – 9 пациентов (11,25%), и больные с длительностью заболевания более 15 лет – 66 пациентов (82,5%). Ранее, на учёте в ПНД состояли 72 пациента (90%). В исследованной группе госпитализации высокой частоты (4 и более раз за 3 года) отмечены у 66 пациентов (82,5%); 2-3 раза за 3 года отмечены у 10 пациентов (12,5%); 1 раз за 3 года отмечены у 2 пациентов (2,5%); не лечились ранее 2 пациента (2,5%).

Выявлен достаточно высокий образовательный уровень обследованных пациентов: высшее и незаконченное высшее образование – 3 пациента (3,75%), среднее специальное образование – 64 пациента (80%), 10 пациентов (12,5%) имели среднее или неполное среднее образование,





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

вспомогательная школа – 3 пациента (3,75%). Инвалидность имели 74 пациента (92,5%), 6 пациентов (7,5%) ранее не имели инвалидности, из них работали по специальности 58 пациентов (72,5%); были заняты малоквалифицированным трудом 12 пациентов (15%); не работали 10 пациентов (12,5%).

Материальное положение: удовлетворительное материальное положение, связанное с наличием работы по специальности, отмечалось у 28 пациентов (35%); удовлетворительное материальное положение, связанное с нахождением на иждивении у родственников, отмечалось у 8 пациентов (10%); сложное материальное положение, где денежных средств хватало только на питание, оплату коммунальных услуг и предметов первой необходимости, связанное с наличием работы по специальности, но малооплачиваемой, а также малоквалифицированной и непостоянной работы, отмечалось у 42 пациентов (52,5%); бедственное материальное положение, связанное с отсутствием жилья и работы (БОМЖ), отмечалось у 2 пациентов (2,5%).

Среди обследованных пациентов состоят в браке и проживали в семье 2 пациента (2,5%), разведены и имеют детей 16 пациентов (20%), никогда не состояли в браке 62 пациента (77,5%).

Условия проживания: с родителями или другими родственниками проживали 29 пациентов (36,25%); проживали самостоятельно 51 пациент (63,75%). Нарушения взаимоотношений с родственниками выявлено у 55 пациентов (68,75%), из них конфликтные отношения, в том числе, с применением физических методов насилия у 28 пациентов (50,9%); неустойчивые отношения у 27 пациентов (49,1%), удовлетворительные взаимоотношения выявлены у 20 пациентов (25%), из них хорошие отношения поддерживали 8 пациентов (40%), нейтральные отношения выявляются у 12 пациентов (60%), не поддерживали взаимоотношения с родственниками 5 пациентов (6,25%).

Практически у всех пациентов отмечается значительное сужение нормального круга общения и в подавляющем большинстве появление асоциального круга общения. Широкий круг общения по инициативе пациента выявляется у 1 пациента (1,25%), общение внутри семьи и с небольшим количеством друзей выявляется у 20 пациентов (25%), общение только внутри семьи выявляется у 8 пациентов (10%), эпизодическое общение с узким кругом людей выявляется у 12 пациентов (15%), замкнутый образ жизни выявляется у 3 пациентов (3,75%), асоциальный круг общения выявляется у 36 пациентов (45%).



Также при оценке социального и профессионального функционирования, мы обратили внимание на уровень адаптации пациентов, страдающих параноидной шизофренией и выделили 3 уровня:

I - резко сниженный - выявляется у 51 пациента (63,75%),

II – сниженный - выявляется у 28 пациентов (35%),

III – удовлетворительный - выявляется у 1 пациента (1,25%).

Таким образом, для больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении, оказалась характерной высокая частота госпитализаций в психиатрический стационар. Несмотря на достаточно высокий уровень образования, в исследованной группе существенно преобладали инвалиды второй группы вследствие психического расстройства (80,8%) и лица, не имеющие постоянного места работы (11,7%). У большинства пациентов отмечалось затруднительное материальное положение. В исследованной группе отмечено значимое снижение круга общения и нарушение семейной адаптации в виде преобладания холостых и разведенных пациентов, нарушений взаимоотношений с родственниками.

**Выводы.** Отсутствие стабильного периода удовлетворительного социального и профессионального функционирования от дебюта заболевания до включения в исследование, связано, в первую очередь, с выраженностью психопатологической симптоматики и малой эффективностью проводимой психофармакотерапии.

Резко сниженный уровень социального функционирования требует разносторонней активизации - расширения контактов с внешним окружением, помощи в приспособлении на уровне сниженных возможностей и решении социальных проблем (коррекция социально-бытовой ситуации, материальных возможностей).

Сниженный уровень – требует сохранения внутрисемейной адаптации, межличностных взаимодействий, существующих профессиональных стереотипов (возможно коррекция профессиональной деятельности).

С удовлетворительным уровнем социального функционирования необходимо рациональное трудоустройство, по возможности обучение новой профессии и социальная поддержка больным.





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

**М.Ю. Герасимчук**

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, кафедра психиатрии и наркологии лечебного факультета, Москва, Россия

### **БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА В ПСИХИАТРИИ**

**M.Y. Gerasimchuk**

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Department of psychiatry and narcology, Moscow, Russia

### **BIOLOGICAL PERSPECTIVES ON PERSONALIZED MEDICINE IN PSYCHIATRY**

**Цель исследования:** учитывая актуальность изучения проблем «биологического времени» определить вклад ряда хронобиологических феноменов (нарушения сна, сезонность) при депрессии.

**Материалы и методы:** проведенное автором исследование включало обследование больных ( $n=45$ ), в возрасте от 27 до 63 лет (средний возраст  $49,51 \pm 13,43$ ), проходивших стационарное лечение на базе клиники психиатрии им. С.С. Корсакова УКБ №3 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Мужчины – 13, женщины – 32 человека. Нозологически состояния были определены, в соответствие с критериями МКБ-10, как биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии (F31.3–F31.4) (БАР); депрессивный эпизод (F32) (ДЭ); рекуррентное депрессивное расстройство (F33) (РДР). Обязательным условием включения было получение письменного информированного согласия на участие. Критерии невключения: возраст младше 18 лет; беременность, период лактации; наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии; депрессивное состояние в рамках психоза, органического поражения ЦНС, болезней зависимостей. Для стандартизации полученных результатов применялись психометрические шкалы/опросники, рекомендованные для эпидемиологических исследований: Шкала Гамильтона (HDRS), Шкала общего клинического впечатления (CGI), анкета балльной оценки субъективных характеристик сна. Статистический анализ проводился с применением программ Excel, SPSS Statistics 22. Понятие «сезон рождения» был определен, исходя из календарного года, что важно в связи с возможными различиями с результатами, опубликованными в англоязычной литературе при делении года на «quarter».



**Результаты.** Нарушения сна были выявлены у 41 больного (91%), выраженные – у 30 (67%), пограничные – у 11 (24%), чаще у женщин и лиц старше 65 лет. Структура расстройств полиморфна, определялась клиническими формами заболевания. Влияние сезонности: в группе БАР пик рождаемости приходился на январь, ДЭ – май, РДР – июнь. Среди больных с депрессией, проходящих лечение в стационаре, отмечена крайне высокая частота встречаемости диссомнических расстройств; при анализе сезона рождения, взаимосвязи аффективных расстройств и коморбидной соматической патологии для уни- и биполярных состояний продемонстрирована явная полярность выявленных показателей, что указывает на разность лежащих в их основе патогенетических механизмов.

**Заключение.** На современном этапе развития психиатрии необходим новый взгляд на арсенал имеющихся методов и средств терапевтического воздействия, а ритмологическая структура – важный элемент для объяснения индивидуальных различий.

**К. Бровченко**

Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева, Тула,  
Россия

#### **НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СИНДРОМА КАПГРА**

**К. Brovchenko**

N.P. Kamenev Tula Regional Clinical Psychiatric Hospital №1, Tula, Russia

#### **CAPGRAS SYNDROME'S NEUROBIOLOGICAL BASES**

Структура головного мозга включает в себя ряд образований, называемых лимбической системой (гиппокамп, парагиппокампальная извилина, миндалевидное тело и др.). Каждое образование несет в себе специфическую функцию; в то же время слаженная работа всей лимбической системы ответственна за формирование правильной и адекватной эмоциональной компоненты нашей психики.

Существует множество заболеваний, при которых происходит выпадение либо извращение функций лимбической системы.

Примером такого состояния может являться синдром Капгра, встречающийся при ряде заболеваний (шизофрения, болезнь Альцгеймера, травматическое повреждение определенных участков головного мозга и др.).





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

В «Руководстве по психиатрии» под ред. А.С. Тиганова читаем:

**Синдром Капгра** (*бред отрицательного двойника*) – убежденность больного, что его близкие и родственники являются посторонними, не известными ему лицами, загримированными под его близких.

Нейробиологическая основа возникновения синдрома Капгра «происходит от аномальных восприятий лица» (К. Фрит, Э. Джонстон). Иными словами, нарушается согласованная работа участков коры головного мозга, ответственных за распознавание лиц, и структур лимбической системы, ответственных за формирование эмоциональной окраски при узнавании лица.

Зрительное восприятие лица человека осуществляется в веретенообразной извилине, расположенной в затылочно-височной области головного мозга. Одновременно в миндалине осуществляется эмоциональная окраска данного человеческого лица. Далее вся информация поступает в лобную кору, где происходит осознание того, что данный человек нам знаком. Однако в случае нарушения связи между зрительной и эмоциональной информацией, «...если эмоциональный сигнал не достигает сознания, данный человек может выглядеть знакомым, но не будет «ощущаться» как знакомый. Так возникает синдром Капгра» (Р. Картер).

Таким образом, человек узнает перед собой лицо матери, однако в его душе не возникает при этом ни малейшей эмоциональной реакции. Следовательно, человек начинает считать, что перед ним – двойник (инопланетянин, агент ФСБ и т.д.), принявший личину его близкого человека.

«При синдроме Капгра эмоциональная система распознавания демонстрирует [...] пониженную активность. Пациенты видят, что другие люди похожи сами на себя, но не ощущают этого на эмоциональном уровне. Им не хватает того мысленного «ага!», которое возникает у большинства из нас при узнавании знакомого лица, и [...] больные [...] не могут поверить, что их самые близкие люди и есть именно те, за кого они себя выдают. Пытаясь объяснить несоответствие между внешностью и чувствами, эти пациенты нередко приходят к убеждению, что членов их семьи, например, похитили инопланетяне». (Р. Картер).

Помимо дисфункции в распознавании лиц пациентам с синдромом Капгра свойственны когнитивные нарушения, мышление по типу «кривой логики», что и заставляет их давать неправдоподобное объяснение нарушенному восприятию.



При разговоре же по телефону человек с синдромом Капгра будет узнавать голос близкого человека, что связано с отсутствием повреждения в областях коры больших полушарий, отвечающих за обработку аудиальной информации.

Синдром Капгра является лишь частным примером нарушенной системы «восприятие – эмоциональное реагирование». Системы, правильная работа которой дарит нам радость общения с нашими самыми близкими и дорогими людьми.

**Н.А. Зуйкова, С.В. Некрасова, С.В. Павлова**

РУДН МИ, Москва, Россия

ГДП №39, Москва, Россия

**ОБ ОПЫТЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СУПРУГАМ С  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ПОЧВЕ СЕМЕЙНЫХ  
КОНФЛИКТОВ.**

**N.L. Zuikova, S.V. Nekrasova, S.V. Pavlova**

Peoples Friendship University of Russia, Moscow

Childrens Hospital N 39, Russia, Moscow

**ON THE EXPERIENCE OF PSYCHOLOGICAL CARE TO SPOUSES WITH  
PSYCHOSOMATIC DISORDERS MOTIVATED BY FAMILY CONFLICTS**

**Актуальность:** Социально-экономические катаклизмы нашего времени усиливают стрессогенность жизни, невротизацию населения, нестабильность семьи, что, несомненно, влияет на здоровье индивида и качество его жизни. Очевиден также дефицит психотерапевтической помощи проблемной семье, в которой психосоматически страдают и взрослые, и дети. В новое время необходимы новые эффективные модели психотерапии, ориентированные на целостное понимание человека, его потребностей и возможностей. Клинические методы психотерапии, опирающиеся на естественнонаучное мировоззрение, теряются среди обилия психологических и психоаналитических методов, в то время, как именно они являются основой отечественной школы.

**Цель:** дальнейшее развитие клинической семейной психотерапии, повышение ее рейтинга и эффективности путем интеграции новых методов с учетом современных воззрений, биопсихосоциодуховной парадигмы понимания личности и стержневым клиническим (естественнонаучным) подходом терапии психосоматозов.





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

**Материалы и методы:** 6 супружеских пар, желающие улучшить взаимоотношения и имеющие те или иные психосоматические расстройства на почве травмирующих их семейных разногласий, проходили курс групповой семейной психотерапии из 30 занятий. Каждое 2-х часовое занятие было тематическим, имело теоретическую и практическую части, проводилось разнополюми котерапевтами. Психотерапевты применяли клинически ориентированные психологические и психотерапевтические методики в форме рациональных бесед, обучающих презентаций, проблемных диалогов, ролевых игр и домашних заданий. Супруги знакомились с клинической характерологией и определяли, как проявляются характеры во взаимоотношениях, творчестве, стрессе. Несколько занятий было посвящено взаимовлиянию биологического, психического, социального и духовного в здоровье, болезни и в семейных взаимоотношениях; рассуждению о возможностях установления гармонизирующего баланса в удовлетворении здоровых потребностей каждого уровня. Обсуждаемые личные темы и проблемные ситуации прорабатывались котерапевтами с привлечением всех участников группы, что имело усиливающий терапевтический эффект действие. Используемые практические методики из транзактного анализа, системной семейной психотерапии и ТТС помогали супругам приобретать навыки конструктивного взаимодействия и разрешения конфликтов, результаты которых обсуждались и принимались группой как положительный опыт, укрепляющий каждого и семью в целом.

**Результаты:** семейные пары, прошедшие курс групповой психотерапии с предварительной индивидуальной подготовкой начинали осознавать и учитывать взаимообуславливающие влияния тела, психики, социума и высшего духовного как в болезни, так и в оздоровлении. Супруги начинали правильно понимать и принимать природную инаковость друг друга, как данность, а существующие психосоматические проблемы и состояния душевного разлада лучше осознавать как в причинно-следственном ключе, так и с точки зрения их коррекции. Они научались помогать друг другу адаптироваться к неизбежным трудностям жизни созвучными их личностной природе способами, приобретая новые паттерны поведения. Занятия способствовали вдохновляющему подъему настроения и укрепляющемуся намерению участников сохранять семью, улучшать качество ее жизни. Заметен был и открыто приветствовался процесс психоэмоциональной стабильности, личностного зреления, семейной гармонизации. Участники делились друг с другом взаимообогащающим опытом совладания с семейными неурядицами и психосоматическими проблемами. ТА, ТТС, системная семейная психотерапия давно широко известны и применяются в России и за рубежом, однако

## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции



преломление их через призму клинической характерологии и интегративное применение в работе с семьей осуществилось впервые.

**Выводы:** Опыт показывает, что разработанная методология клинической семейной психотерапии на основе современных биопсихосоциодуховных воззрений и интегративного клинического подхода, дополняя традиционную естественнонаучную парадигму клинической медицины, позволяет более целостно понимать страдающих супругов от конфликтных семейных взаимоотношений; помогает им обрести оздоравливающие знания и умения; расширяет терапевтические возможности специалиста.



Архивъ внутренней медицины  
[www.medarhive.ru](http://www.medarhive.ru)



## НАРКОЛОГИЯ

**И.Г. Носачев, Г.Н. Носачев**

Самарский государственный медицинский университет, Россия

### **НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭТОЛОГИЯ (ПОВЕДЕНИЕ) КАК НОВАЯ ПАРАДИГМА В КЛИНИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИИ**

**I.G. Nosachev, G.N. Nosachev**

Samara state medical University, Russia

### **DRUG ETHOLOGY (BEHAVIOR) AS A NEW PARADIGM IN CLINICAL NARCOLOGY**

Вопросами поведения человека (этологи) в той или иной степени занимается целый ряд аксеологических наук, в том числе социология, социобиология, социальная психология, девиантология. Но до настоящего времени этология человека в норме и патологии, здоровье и болезни остается «золушкой» для клинических психиатрии и наркологии. Хотя на уровне впечатлений и отдельных наблюдений нет сомнений, что поведенческие деформации, стереотипы и расстройства, т.е. поведенческая патология в широком смысле, лежат в основе большинства наркологических заболеваний. МКБ-10 раздел V (F) «Классификация психических и поведенческих расстройств», включая «Клинические описания и указания по диагностике» под редакцией Ю.А. Нуллера и С.Ю. Циркина (1994) среди «проблем терминологии» не разъясняет, а только упоминает поведенческие расстройства.

Последние 10 лет В.Д. Менделевич уделяет пристальное внимание патологии поведения при основных наркологических заболеваниях, выделяя преморбидные, первичные, вторичные и третичные поведенческие расстройства, опираясь на клинко-психопатологический и клинко-психологический методы. Между тем, «вся методическая база, а также фактические исследования в области этологической психиатрии в основном были созданы в содружестве крымских психиатров и антропологов МГУ с 1985 по 1996 г.г.» [Самохвалов В.П., 2011-2015], а развитое А.Н. Корнетовым и В.П. Самохваловым направление позволило говорить в клинко-этологическом методе в психиатрии [Коробов Н.А.,1991].

**Цель сообщения** - привлечь внимание наркологической исследовательской общественности к возможностям клинко-этологического метода в изучении патологии поведения и его роли в



возникновении болезни, её развитии, динамике и последующей реабилитации. С позиций методологии этологических исследований предлагается два пути: а) поведение можно рассматривать в каналах коммуникации (ольфакторное, аудиальное, визуальное, тактильное, социальное); б) поведение можно рассматривать как особый язык невербального общения. При первом подходе фиксируется либо каждый из каналов, либо сразу несколько каналов. Такая запись поведения (этограмма) аналогична музыкальной партитуре и доступна математическому анализу. Тогда оно складывается из единиц (признаков), групп единиц (паттернов) и сложных форм (контекстов). К элементарным единицам поведения относят позы (в положении сидя, стоя, лежа), мимику, жесты, положения головы, плеч, конечностей и др. Простые комплексы поведения включают проксемику, приветствия, ориентацию при контакте, движения намерений, груминг, манипулирование и др. Под сложными формами индивидуального поведения понимают биологический смысл поведения (комфортное, агонистическое, альтруистическое, эгоистическое, кооперативное, суицидальное поведение, поведение сна, территориальное, миграционное и т.д.). Этограммы данного типа часто предполагают одновременные записи динамики мимики, позы, жеста, вокала [Самохвалов, 2011]. Опираясь на второй вариант методологии клинической этологии в психиатрии и наркологии, авторы тезисов с сотрудниками успешно предприняли изучение невербального поведения при эндогенных и психогенных депрессиях и при различных вариантах алкогольного опьянения. Этологическая составляющая клинко-психопатологического метода позволяет обогатить диагностические и дифференциально-диагностические возможности.

**Е.Ю. Тетенова, А.В. Надеждин, А.Ю. Колгашкин, М.В. Федоров**

ГБУЗ Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г.Москвы, Россия

### **ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ**

**E. Ju. Tetenova, A.V. Nadezhdin, A. Ju. Kolgashkin, M.V. Phyodorov**

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia

### **WEB-BASED RAPID TEST ON DRUG ADDICTION**

**Актуальность.** Системы самодиагностики получают все большее распространение на Интернет-порталах медицинской направленности. Они представляют собой весьма удобный



Архивъ внутренней медицины  
[www.medarhive.ru](http://www.medarhive.ru)



## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

инструмент для раннего выявления и профилактики тех или иных патологических состояний. Кроме того, подобные интерактивные услуги в настоящее время оказываются весьма привлекательны для населения, которое, в основной своей массе, увлечено так называемой вульгарной психологией в виде разнообразных тестов и опросов.

**Методы.** Мы проанализировали опыт внедрения подобных интерактивных тест-систем за рубежом. По нашему мнению, на первоначальном этапе своего создания и функционирования тест должен носить комплексный характер, то есть не быть изолированным и ориентированным на какое-либо конкретное психоактивное средство. Его рубрики должны быть в достаточной степени универсальными и учитывать те проблемы, которые возникают вследствие злоупотребления различными одурманивающими агентами. При формулировании содержательной стороны структурированного интервью его положения должны носить преимущественно комментирующий, в большей степени нейтральный, а не негативный характер. Очевидно, что отрицательная информация, сформулированная в качестве вопроса, вызовет существенное искажение результатов тестирования. Данное положение не нуждается в уточнении, так как совершенно очевидно, что осевым расстройством аддиктивной анозогнозии является вытеснение и проекция негативных когнитивно-эмоциональных комплексов, связанных с осознанием отрицательных последствий приема наркотических средств.

Значимым моментом являются итоговые рекомендации, которые должны выдаваться тестирующемуся. В них в лапидарной, и, желательно не назидательной форме должна содержаться психотерапевтически корректная, но вместе с тем реальная установка, побуждающая к пусть не немедленному, но отставленно-вероятностному критическому отношению к собственному наркоманическому поведению.

**Результаты.** В результате проведенной работы была сформулирована содержательная основа для программной реализации разработанной интерактивной системы экспресс-диагностики, которая была интегрирована в структуру специализированного Интернет-ресурса, осуществляющего информационную поддержку лиц, имеющих проблемы с наркотическими средствами и психотропными веществами [www.narkonet.ru](http://www.narkonet.ru).

**Заключение.** Результаты тестирования могут быть использованы при интегральной экспертной оценке некоторых тенденций злоупотребления ПАВ как в виртуальном, так и в реальном сообществах.



**К.Ю. Зальмуни**

ФГБОУ ПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России

**ХИМИЧЕСКИЕ И НЕХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ: ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ  
И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ И СИНДРОМЫ**

**K.Yu. Zalmunin**

Kazan State Medical University, Russia

**CHEMICAL AND NONCHEMICAL ADDICTIONS: A PSYCHOPATHOLOGICAL AND  
PATHOPSYCHOLOGICAL PHENOMENA AND SYNDROMES**

**Актуальность.** Количество видов и форм психических и поведенческих нарушений, характеризующихся доминантой зависимости, с каждым годом неуклонно увеличивается (Менделевич В.Д. и соавт., 2014).

**Цель исследования:** сравнительное изучение психопатологических и патопсихологических феноменов и синдромов в структуре различных аддикций: алкогольной (АЗ; n=31; 21%; F10.x), наркотической опиоидной (НОЗ; n=24; 16%; F11.x), наркотической каннабиноидной (НКЗ; n=16; 11%; F12.x), табачной (ТЗ; n=32; F17.x), патологическом гемблинге (ПГ; n=31; 21%; F63.0), сексуальной (СЗ; n=12; 8%; F63.8, F65.x).

**Материалы и методы.** В исследование включены 146 пациентов (121 мужчина, 25 женщин), наблюдавшихся в специализированных медицинских учреждениях Республики Татарстан и на кафедре медицинской и общей психологии Казанского ГМУ в период 2013-2015 гг. (средний возраст  $31,0 \pm 3,5$  г., средний возраст начала заболевания  $25,0 \pm 2,0$  г., средняя длительность заболевания  $7,5 \pm 2,5$  г.).

**Методы исследования:** клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, психометрический (Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ)), опросник Mini-Mult, СМОЛ в адаптации Ф.В. Березина и М.П. Мирошникова, тест «Склонность к зависимому поведению», метод Дембо-Рубинштейн (модификация А.М. Прихожан), числовая ранговая шкала самооценки выраженности аддиктивного влечения), статистический метод (программа Statistica for Windows 6.0.).

**Результаты и обсуждение.** Наследственная отягощенность со стороны кровных родственников 1 степени родства наиболее характерна для СЗ (8; 67%), НОЗ (10; 42%), НКЗ (7; 44%), АЗ (13; 42%); реже встречается при ПГ (9; 29%); не характерна для ТЗ (6; 19%).





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

По шкале аддиктивного влечения достоверные различия средних величин ( $p > 0,05$ ) выявлены между группами НОЗ и ТЗ, а также в группах ПГ и ТЗ (аддиктивное влечение достоверно меньше в группе с ТЗ по отношению к НОЗ и ПГ, в сравнении с остальными группами достоверных различий не выявлено). По тесту ТАШ достоверные различия ( $p > 0,05$ ) выявлены между ТЗ и всеми остальными группами аддикций, в других исследуемых группах статистически достоверных различий средних величин по тесту не выявлено. Сравнение средних значений (Т-баллы) по результатам теста Mini-Mult позволяет сделать заключение о том, что пациенты, страдающие различными аддикциями, имеют сходные личностные особенности, приводящие к формированию синдрома зависимости. Вывод согласуется с данными литературы (Солдаткин В.А., 2010). По тесту «Склонность к зависимому поведению» статистически достоверные различия средних величин ( $p > 0,05$ ) выявлены между ТЗ и остальными группами аддикций, что позволяет говорить об идентичной predisпозиции к развитию болезни зависимости в 108 наблюдениях (74%).

**Выводы.** Подтверждено существование predisпозиции к формированию зависимого расстройства. Полученные результаты демонстрируют достоверное единство природы возникновения и клинико-феноменологических проявлений химических и нехимических аддикций (несоответствие группы с ТЗ общеклинической картине связано с донологическим характером пристрастия к табаку у ряда пациентов в группе – «привычное курение» в отсутствие истинного синдрома зависимости).

### **А.В. Надеждин**

Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы,  
Россия

### **ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

### **A.V. Nadezhdin**

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health. Moscow,  
Russia

### **AGE-SPECIFIC FEATURES OF SUBSTANCE ABUSE**

Важность изучения особенностей наркологической патологии у детей и лиц позднего возраста обосновывается высокой уязвимостью этих контингентов к неблагоприятным в плане



психического здоровья факторам. В случае детей и подростков злоупотребление ПАВ обуславливает их социально-экономическую не успешность, а в случае лиц пожилого возраста - существенно увеличивает бремя государства на их медицинское и социальное обеспечение.

Подростковый возраст является фактором риска приобщения к потреблению табака, алкоголя и наркотиков. Особенности течения наркологических заболеваний у несовершеннолетних, высокая степень их социальной зависимости, большая представленность в статусе эмоционально неустойчивых черт, особенности созревания областей мозга, контролирующих эмоции и поведение, диктуют следующие лечебно-организационные мероприятия: активное выявление подростков, употребляющих ПАВ, использование в психотерапевтических программах для несовершеннолетних семейной терапии и индивидуальной поведенческой психотерапии, длительных курсов лечения и реабилитации, включение в структуру реабилитационных программ элементов среднего и профессионального образования, обязательный скрининг на наличие психических расстройств и их коррекцию.

Существенным отличием клинической картины алкоголизма и наркоманий у геронтов является органическое окрашивание симптоматики. У исследованных больных героиновой наркоманией с возрастом начала заболевания после 60 лет в клинической картине синдрома отмены доминировали ундулирующая спутанность, эпизоды делириозного помрачения сознания, назойливость, некоторая гротескность в поведении в сочетании с неярко выраженными идеями преследования малого масштаба, «брюзжащая» дисфория.

Особенности идентификации проблемы злоупотребления ПАВ у пожилых людей заключаются не столько в определении количества и частоты употребления, сколько зависят от контекста, в котором используются ПАВ. Необходимо учитывать, что большинство пожилых принимают лекарственные препараты, в сочетании с которыми алкоголь повышает риск возникновения побочных реакций. У пожилых из-за определенных биологических и социальных факторов, характерных для позднего возраста, диагностические критерии МКБ-10 могут быть менее значимыми.

Особенности наркологических заболеваний у лиц пожилого возраста и стариков диктуют следующие лечебно-организационные мероприятия: необходимость постоянного контроля за соматическим и неврологическим состояниями больного, что достигается организацией адекватного сопровождения наркологического лечения врачами-интернистами; лечение неотложных наркологических состояний — целесообразно проводить в отделениях





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

психосоматического или реанимационного профиля; крайне осторожное использование психофармакологических средств; необходимость привлечения к работе с пожилыми аддиктами специалистов социальной сферы и организации на амбулаторном этапе лечения не только медицинского, но и социального патронажа.

**Р.А. Кардашян**

РУДН, Москва, Россия

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ (Московская область, Сергиев Посад)**

**R.A. Kardashyan**

PFUR University, Moscow, Russia

### **COMPUTER ADDICTION PREVALENCE IN THE SECONDARY SCHOOL STUDENTS (MOSCOW REGION, SERGIEV POSAD)**

**Актуальность.** За последние десятилетия наблюдается чрезмерное увлечение компьютерными играми, интернетом, социальными сетями, различными сервисами.

С одной стороны работа с компьютером способствует расширению кругозора, контактов, обмену социальными и культурными ценностями, развитию процессов воображения, улучшению реакции и т.д. Но, с другой стороны, она может вызвать компьютерную игровую зависимость (КИЗ) и способствовать сужению интересов, уходу от реальности, социальной изоляции и другим негативным последствиям.

В связи с этим, на сегодняшний день весьма актуальным является изучение распространенности компьютерной зависимости среди школьников общеобразовательных учреждений (ООУ).

В связи с отсутствием соответствующей федеральной законодательной базы по выявлению лиц подросткового и юношеского возраста с КИЗ, на сегодняшний день наиболее оптимальным представляется использование анонимного анкетирования.

**Задача:** исследовать распространенность КИЗ среди учащихся ООУ Сергиев Посадского района Московской области (МО).

**Материалы и методы.** Для решения поставленных задач в период с 2013 по 2015 гг. было



обследовано 393 школьника в возрасте  $14,6 \pm 2,4$  лет (58,5% мужского и 41,5% женского пола,) 2-х муниципальных ООУ Сергиев Посадского района МО (школы 4, 14). В анкетировании – социальное интервью были включены 135 родителей школьников (43,7% муж. и 56,3% жен. пола, возраст –  $38,3 \pm 4,2$  лет) и 28 педагогов ООУ (25% муж. и 75% жен. пола, возраст –  $43,4 \pm 5,7$  лет), где обучались респонденты. Исследование проводилось с помощью анкет.

Применялись следующие методы исследования:

1. анкетирование – социальное интервью учащихся, родителей и преподавателей;
2. Скрининговые опросники для учащихся:
  - анкета «Идентификация компьютерной зависимости» (ИКЗ) (5);
  - тест Такера на выявление игровой зависимости (14);
  - тест на Интернет – аддикцию Никитина, Егорова в модификации Коньгиной И.А. (12);
  - скрининговая диагностика компьютерной зависимости (СДКЗ) по способу Л.Н. Юрьевой, Т.Ю. Ботьбот (4);
  - тест на детскую Интернет-зависимость (11);
  - опросник на выявление родителями компьютерной зависимости у своих детей (13).
  - анкета для раннего выявления педагогами компьютерной игровой зависимости у учащихся (3);
3. Статистический.

**Результаты.** Учащихся, у которых общение с компьютером и интернетом носили ситуационный характер, устойчивая потребность в игре не была сформирована, мы отнесли к группе с естественным интересом к компьютерным играм (ЕИКИ). Учеников, которые ежедневно проводили достаточно большой отрезок времени (4 – 10 час.) за компьютером и у которых уже выявлялись нарушения в когнитивной, поведенческой, аффективной и соматической сферах, мы отнесли в группу со стадией компьютерной увлеченности с вредными последствиями (КУВП). Школьников, которые проводили за монитором более 10 часов, забывали о своих обязанностях, об учебе, о домашних делах, не соблюдали общие правила гигиены и питания, испытывали эмоциональный подъем во время игры, а во время воздержания от нее раздражительность, агрессивность, замкнутость, мы отнесли к группе со стадией компьютерной игровой зависимости (КИЗ) (Р.А. Кардашян, О.И. Голубинская, 2014).



## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

Были использованы следующие статистические методы: описательная статистика, анализ качественных и порядковых признаков. Обработка и анализ осуществлялись с использованием программ статистического анализа MS Excel, SPSS 10.0.

При использовании анкеты «Идентификация компьютерной игровой зависимости», у 5,8% (23 чел.) установили наличие КИЗ, у 12,7% (50 чел.) – наличие проблемы, а у 10,4% (41 чел.) – о наличии серьезной проблемы.

По тесту Такера 12,2% учащихся (48 чел.) играли в компьютерные игры на уровне, который мог привести к негативным последствиям, а 10,2% (40 чел.) – находились на стадии, когда контроль уже потерян, высока вероятность формирования зависимости (стадия КУВП).

Тест на Интернет – аддикцию выявил ее наличие у 4,8% учеников (19 чел.), а 12,5% (49 чел.) входили в группу риска.

Тест скрининговой диагностики компьютерной зависимости показал наличие у 84,5% учеников (332 чел.) легкой увлеченности (группа ЕИКИ), у 10,4% (41 чел.) – стадии КУВП, у 5,3% (21 чел.) – стадии КИЗ.

14 родителей (10,4%) отметили, что стоит внимательно относиться к тому, чтобы ребенок проводил меньше времени за компьютером, 8 (5,9%) – зарегистрировали у своих детей КИЗ. 18 человек (13,3%) обнаружили серьезное влияние Интернета на жизнь своего ребенка и всей семьи, а 7 (5,2%) – высокую долю вероятности формирования Интернет-зависимости.

Педагоги отметили косвенные признаки формирования КИЗ у школьников. Снижение успеваемости было выявлено у 16,8% учащихся (66 чел.), 9,9% (39 чел.) опаздывали в школу и на уроки, пропускали занятия, у 5,8% (23 чел.) выявляли недостаточное выполнение заданий, 2,8% учащихся (11 чел.) засыпали на уроках; уменьшение внеклассной деятельности, занятий спортом обнаружены в 7,4% случаев (29 чел.), проблемы со зрением отмечены у 3,3% учеников (13 чел.), уменьшение мотивации и заинтересованности в учебе отмечено соответственно в 17,6% эпизодов (69 чел.). У 2,5% учеников (10 чел.) выявлены более неряшливый вид, у 3,3% учащихся (13 чел.) отмечены быстрая смена настроения, раздражительность. В 7,9% наблюдений (31 чел.) зафиксированы изменения в лексиконе, ученики становились более сфокусированными на компьютерных играх.

**Заключение.** Таким образом, в ООУ выявлены лица с КИЗ и входящие в группу со стадией КУВП, что диктует необходимость разработки медицинских, воспитательных, образовательных и социальных практических мер по предупреждению этого негативного социального явления.



**Е.Ю. Восколович, В.В. Кочегуров**

ГБОУ ВПО «Тверской ГМУ Минздрава России», Тверь, Россия

ГБУЗ «Тверской областной клинический наркологический диспансер», Тверь, Россия

### **ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**E.Ju. Voskolovich, V.V. Kochegurov**

Tver State Medical University, Tver, Russia

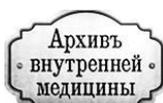
Tver Regional Clinical Narcological Dispensary, Tver, Russia

### **FEATURES OF VEGETATIVE HOMEOSTASIS OF PATHOLOGICAL GAMBLERS**

**Цель исследования:** оценка функционального состояния вегетативной нервной системы больных игровой зависимостью для совершенствования диагностических и терапевтических интервенций при данном заболевании.

**Материалы и методы.** Обследованы пациенты, обратившиеся в ГБУЗ «ТОКНД» по поводу ИЗ, соответствующей критериям рубрики МКБ-10 «Патологическое влечение к азартным играм F63.0». Основная группа обследования (83 пациента с ИЗ - 64 мужчины, 19 женщин - в возрасте от 18 лет до 51 г, средний возраст  $29 \pm 7,8$  лет) была разделена на 3 подгруппы: А - лица только с ИЗ (22 чел.), Б – лица с ИЗ и алкоголизмом (38 чел.), В - лица с ИЗ и наркоманией (23 чел.). Подгруппы Б и В составили лица с зависимостью от ПАВ средней стадии. ИЗ хронологически сформировалась позже «химической» у 100% обследованных. Контрольная группа, сопоставимая по полу и возрасту (68 чел., из них 52 мужчины, 16 женщин, средний возраст  $27,6 \pm 8,6$  лет), была составлена из лиц без наркологической патологии. Использованы функциональный (кардиоинтервалография (КИГ)) и статистический (U-критерий Манна-Уитни и  $\varphi$ -критерий Фишера) методы исследования.

**Результаты исследования:** установлено, что лиц с нормальным исходным вегетативным тонусом, в основной группе было в 3,3 раза меньше (24,1%), чем в группе контроля (79,4%,  $p < 0,01$ ). Соответственно, подавляющее большинство пациентов с ИЗ характеризовалось преобладанием влияния какого-либо отдела вегетативной нервной системы. Ваготонический вариант исходного вегетативного тонуса был зафиксирован почти у половины больных (45,8%), тогда как у здоровых лиц значительно реже – только в 14,7% случаев ( $p < 0,01$ ), симпатикотонический – у каждого пятого гемблера (20,5%; в контрольной группе – 5,9%,





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

$p < 0,05$ ) и гиперсимпатикотонический – у 9,6% игроманов (среди здоровых лиц данного варианта исходного вегетативного тонуса не отмечалось).

У более половины игроманов с сопутствующей зависимостью от ПАВ отмечалась ваготония (в подгруппе Б 55,3%, в подгруппе В 56,5%), что значительно чаще, чем в группе больных с изолированной ИЗ (18,2%,  $p < 0,01$ ). Симпатикотония была зарегистрирована существенно реже у гемблеров, страдающих алкоголизмом (2,6%), в сравнении с представителями двух других подгрупп обследования (в подгруппе А: 40,9%, в подгруппе В: 30,4%,  $p < 0,01$ ).

Среди больных игроманией преобладала асимпатикотоническая вегетативная реактивность (60,2%; в группе контроля 26,4%,  $p < 0,01$ ), а нормальная и гиперсимпатикотоническая – встречалась статистически реже, чем среди здоровых лиц (33,8% и 39,7% соответственно,  $p < 0,05$ ). Наибольшее количество случаев асимпатикотонической вегетативной реактивности было зафиксировано среди гемблеров с наркоманией (73,9%), при этом у больных с наличием только игровой зависимости она отмечалась в 1,6 раза реже (45,5%,  $p < 0,05$ ).

**Выводы:** оценка вегетативного тонуса и вегетативной реактивности пациентов с игровой зависимостью свидетельствует о свойственной им вегетативной дисфункции и снижении их адаптационных возможностей. КИГ рекомендуется в качестве метода, позволяющего более точно интерпретировать клинические проявления ИЗ и оценивать изменения в состоянии пациентов в процессе лечения.

**В.В. Кочегуров, Е.Ю. Восколович**

ГБОУ ВПО «Тверской ГМУ Минздрава России», Тверь, Россия

ГБУЗ «Тверской областной клинический наркологический диспансер», Тверь, Россия

### **ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**V.V. Kochegurov, E.Ju. Voskolovich**

Tver State Medical University, Tver, Russia

Tver Regional Clinical Narcological Dispensary, Tver, Russia

### **PATHOPSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATHOLOGICAL GAMBLERS**

**Цель исследования:** выявление патопсихологических особенностей больных игровой зависимостью (ИЗ) для совершенствования медицинской помощи данному контингенту.



**Материалы и методы.** Обследованы пациенты, обратившиеся в ГБУЗ «ТОКНД» по поводу ИЗ, соответствующей критериям рубрики МКБ-10 «Патологическое влечение к азартным играм F63.0». Основная группа обследования (83 пациента с ИЗ - 64 мужчины, 19 женщин - в возрасте от 18 лет до 51 г, средний возраст  $29 \pm 7,8$  лет) была разделена на 3 подгруппы: А - лица только с ИЗ (22 чел.), Б – лица с ИЗ и алкоголизмом (38 чел.), В - лица с ИЗ и наркоманией (23 чел.). Подгруппы Б и В составили лица с зависимостью от ПАВ средней стадии. ИЗ хронологически сформировалась позже «химической» у 100% обследованных. Контрольная группа, сопоставимая по полу и возрасту (68 чел., из них 52 мужчины, 16 женщин, средний возраст  $27,6 \pm 8,6$  лет), была составлена из лиц без наркологической патологии. Использованы патофизиологический (Торонтская шкала алекситимии (TSA), шкала самооценки депрессии Бека (BDI), определение ситуационной и личностной тревожности по Спилбергеру-Ханину, «Индекс жизненного стиля» (LSI)) и статистический (U-критерий Манна-Уитни и  $\varphi$ -критерий Фишера) методы исследования.

**Результаты исследования:** среднее значение (СЗ) алекситимии у пациентов с ИЗ было выше, чем у здоровых лиц:  $72,9 \pm 1,67$  баллов и  $63,9 \pm 1,66$  баллов соответственно ( $p < 0,01$ ). У гемблеров с алкоголизмом и наркоманией выраженный алекситимический радикал отмечался чаще (в 55,3% и 56,5% случаев), чем у лиц с наличием только ИЗ (31,8%,  $p < 0,05$ ).

СЗ депрессии у пациентов с ИЗ ( $16,4 \pm 0,37$  баллов) было выше, чем у лиц из контрольной группы ( $6,8 \pm 0,17$  баллов). При этом подгруппа А характеризовалась более высокими значениями изучаемого показателя ( $18,1 \pm 1,03$  балла) по сравнению с подгруппами Б и В:  $14,9 \pm 0,56$  и  $13,5 \pm 0,74$  баллов соответственно ( $p < 0,05$ ). В основной группе мужчинам в отличие от женщин были свойственны более высокие СЗ депрессии ( $17,6 \pm 0,47$  и  $12,7 \pm 0,81$  баллов,  $p < 0,05$ ).

Если СЗ ситуационной тревожности существенно не отличались в 2-х группах, СЗ личностной тревожности были выше у больных ИЗ ( $42,8 \pm 0,98$  баллов) по сравнению со здоровыми лицами ( $36,1 \pm 0,93$  баллов,  $p < 0,05$ ). В основной группе более высокие СЗ личностной тревожности были присущи женщинам ( $45,6 \pm 2,90$  баллов) в отличие от мужчин ( $40,3 \pm 1,08$  баллов,  $p < 0,05$ ).

У гемблеров СЗ по шкалам методики LSI «Отрицание» ( $81,1 \pm 1,86$  баллов) и «Вытеснение» ( $71,0 \pm 1,63$  баллов) оказались выше, чем у здоровых лиц ( $70,4 \pm 1,83$  и  $58,9 \pm 1,53$  баллов,  $p < 0,01$ ), а по шкалам «Компенсация» ( $54,1 \pm 1,24$  баллов), «Проекция» ( $64,2 \pm 1,47$  баллов), «Интеллектуализация» ( $40,6 \pm 0,93$  баллов) и «Реактивные образования» ( $39,3 \pm 0,90$  баллов) – ниже ( $71,1 \pm 1,85$ ;  $76,7 \pm 1,99$ ;  $72,0 \pm 1,87$  и  $62,4 \pm 1,62$  баллов,  $p < 0,05$ ). У больных с сочетанием гемблинга





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

и наркомании СЗ по шкале «Отрицание» было выше ( $93,5 \pm 5,14$  баллов) по сравнению с пациентами с ИЗ ( $75,6 \pm 4,30$  баллов,  $p < 0,05$ ).

**Выводы:** выявлено значительное своеобразие больных ИЗ: высокий уровень алекситимии, депрессии, личностной тревожности и преимущественное использование незрелых механизмов психологической защиты. Отмечена неоднородность пациентов с ИЗ по изучаемым характеристикам в зависимости от сопутствующего наркологической патологии и пола.

**Е.В. Волкова<sup>1</sup>, Ю.А. Уткин<sup>2</sup>, С.В. Адмаева<sup>2</sup>, А.К. Амплеев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> - ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза, Россия

<sup>2</sup> - ГБУЗ Пензенская областная наркологическая больница, Пенза, Россия

### **КЛИНИЧЕСКИЕ, ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ВРАЧЕЙ-НАРКОЛОГОВ Г. ПЕНЗЫ**

E.V. Volkova<sup>1</sup>, Y.Ju. Utkin<sup>2</sup>, S.V. Admaeva<sup>2</sup>, A.K. Ampleev<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - GBOU DPO PIUV Ministry of Health of Russia, Penza, Russia

<sup>2</sup> - GBUZ Penza Oblast Drug Treatment Hospital, Penza, Russia

### **CLINICAL, GENDER FEATURES OF TOBACCO DEPENDENCE NARCOLOGISTS PENZA**

**Актуальность.** Распространенность табакокурения среди врачей в России, фактически не отличающаяся от остального населения, является большой медицинской и социальной проблемой.

**Цель и методы.** Для изучения клинических, гендерных особенностей табакокурения были исследованы психиатры-наркологи (21 врач) и 154 врача терапевтического факультета. Все врачи были включены в исследование методом сплошной выборки. В 1-ю группу вошли мужчины - 32 человека, из них: 27 врачей терапевтического факультета (1-я подгруппа) и 5 врачей психиатров - наркологов (2-я подгруппа). Во 2-ю группу вошли женщины - 143 человека, из них: 127 врачей терапевтического факультета и 16 врачей психиатров - наркологов.

**Результаты.** У мужчин в 1-й подгруппе табачная зависимость была диагностирована у 10 врачей (37,1 %) (F 17.2) по МКБ-10, во 2-й подгруппе у 2 врачей (40,0 %). Систематически стали курить мужчины врачи терапевтического профиля с 20,65 лет, а психиатры-наркологи с 18 лет. Тягу к курению позже осознали врачи 2-й подгруппы в среднем в 27,5 года, в 1-й подгруппе в 22,93 года. Психический компонент патологического влечения к табаку был у 3 врачей 1-й подгруппы (11,1%) по сравнению со 2-й подгруппой (1 врач-20 %). Идеаторный компонент влечения к



табаку был выявлен в 1-й подгруппе (4 врача - 14,8 %) и 2-й подгруппе (1 врач - 20 %). Сенсорный вариант патологического влечения к табаку был выявлен только в 1-й подгруппе (2 врача - 7,4 %). Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натошак 3 врача (11,1 %) 1-й подгруппы и 2 врача (40 %) 2-й подгруппы. В табачном абстинентном синдроме преобладали аффективные нарушения: раздражительность у 6 врачей (22,2 %) 1-й подгруппы и 1 врача (20 %) 2-й подгруппы, тревога у 4 врачей (14,8 %) 1-й подгруппы и 1 врача (20 %) 2-й подгруппы. У женщин врачей в 1-й подгруппе табачная зависимость была диагностирована у 8 врачей (6,3 %) (F 17.2) по МКБ-10, во 2-й подгруппе у 3 врачей (18,75 %). Систематически стали курить женщины врачи терапевтического профиля с 21,1 лет, а психиатры-наркологи с 18 лет. Тягу к курению позже осознали врачи 2-й подгруппы в среднем в 25 лет, в 1-й подгруппе в 24,33 года. Психический компонент патологического влечения к табаку был у 3 врачей 1-й подгруппы (2,4%) по сравнению со 2-й подгруппой (3 врача- 18,75 %). Идеаторный компонент влечения к табаку был выявлен только в 1-й подгруппе (5 врачей - 3,94 %). Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натошак 1 врач (0,8%) 1-й подгруппы и 2 врача (12,5 %) 2-й подгруппы. В табачном абстинентном синдроме преобладали аффективные нарушения: раздражительность у 4 врачей (3,2 %) 1-й подгруппы и 3 врачей (18,75 %) 2-й подгруппы, тревога у 2 врачей (1,6 %) 1-й подгруппы и 1 врача (6,25 %) 2-й подгруппы. Непреодолимое желание курить было только у врачей женщин 1-й подгруппы (2 врача-1,6%) и нарушение концентрации внимания (1 врач-0,8%).

**Заключение.** Таким образом, врачи психиатры-наркологи (мужчины и женщины) по сравнению с врачами других терапевтических специальностей начинали курить раньше, тягу к курению осознавали позже, у них была более выражена тяга к табаку.

**А.А. Черенков, А.Р. Нафиков, В.П. Паньков**

Республиканский наркологический диспансер МЗ Удмуртской Республики, Ижевск, Россия

#### **ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ ДИЗАЙНЕРСКИМИ НАРКОТИКАМИ**

**A.A. Cherenkov, A.R. Nafikov, W.P. Panykov**

Ministry of health Udmurt Republican narcology dispensary, Izhevsk, Russia

#### **QUESTIONS OF THE ORGANIZATION OF CONTINUITY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH POISONING A DESIGNER DRUG**





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

В последние годы значительно возросло количество пациентов употребляющих синтетические, т.н. «дизайнерские наркотики» (ДН). При этом их поступление в специализированные стационары носит массовый характер. Так, например, в 2013 г. они составили почти четверть (23,98%) госпитализированных в наш стационар. Пик поступления больных с ДН пришелся на 2014 и 2015 годы (57,14% и 55,99% соответственно). В 2016 году (за 8 мес.) произошло некоторое сокращение поступления пациентов с отравлениями ДН (44,9%). Следует также отметить значимую долю несовершеннолетних пациентов (от 21 до 28%). Более 89% больных поступили по линии СМП. Оставшиеся больные были доставлены из МВД и родственниками. Таким образом, проблема ДН является достаточно актуальной.

В этой связи возникают некоторые вопросы по преемственности тактики ведения поступивших больных. За 4 года массовых поступлений пациентов с отравлениями ДН был выработан определенный алгоритм:

1. Совместный осмотр пациента в условиях приемного отделения врачом – наркологом и реаниматологом. Определение показаний для госпитализации в отделение реанимации (ОАРИТ) (показания должны быть расширенными и включать в себя выраженные психотические проявления). Вообще, как показывает практика, целесообразна госпитализация в ОАРИТ всех поступивших больных для динамического наблюдения и диагностического поиска. Также целесообразна мягкая фиксация больного. Данная процедура профилаксирует аутоагрессию и позволяет провести все остальные лечебно – диагностические мероприятия. Обеспечение сосудистого доступа. Параллельно взятие крови на клинический, биохимический и химико–токсикологический анализ (данная процедура также более удобна для выполнения в ОАРИТ, поскольку у ряда больных, в основном с отравлениями катионами приходится катетеризировать центральную вену). Катетеризация мочевого пузыря, с параллельным взятием мочи на токсикологический анализ. В ОАРИТ же проводится экстренное купирование психотической реакции (бензодиазепинами, барбитуратами et cet). Назначается и проводится инфузионная терапия, профилактическая антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия и обеспечение мониторинга основных параметров (ЧСС, АД, SO<sub>2</sub>). Пребывание в ОАРИТ может длиться от нескольких часов (в основном у больных с отравлениями СПАЙС-ами), до нескольких суток (чаще всего с отравлениями катионами и mixt-отравлениями).

2. После перевода больного в «общее», наркологическое отделение продолжается фармакологическая коррекция психотического расстройства и начатая в ОАРИТ



антибактериальная терапия (по показаниям). Седативные препараты нейролептики назначаются в/м и (или) per os. На этой же фазе проводится окончательное оформление статуса больного (постановка на учет et set). Пребывание в лечебном отделении также может длиться несколько суток.

3. После недельного пребывания в общем отделении больного целесообразно перевести в стационарное же отделение реабилитации и подключить к лечению психотерапевта.

Таким образом, вопросы организации преемственности при терапии больных с отравлениями ДН являются актуальными и требуют четкого взаимодействия различных подразделений наркологического стационара.

**Е.А. Литвинчук, А.Ю. Чебан, Т.Э. Кангина, А.В. Аклеев**

ФГБУН Уральский научно-практический центр радиационной медицины

ФМБА России, г. Челябинск, Россия

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ,  
ПОДВЕРГШИХСЯ ХРОНИЧЕСКОМУ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ, С  
ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

**E.A. Litvinchuk, A.Yu. Cheban, T.E. Kantina, A.V. Akleyev**

FSGFIS Urals Research Center for Radiation Medicine of Federal medical biological agency of Russia,

Chelyabinsk, Russia

**SOCIAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF CHRONICALLY EXPOSED  
PERSONS WITH PRE-NOSOLOGICAL FORMS OF ALCOHOL CONSUMPTION**

Проблема злоупотребления алкоголем остается одной из значимых социальных проблем в Российской Федерации. Особую группу риска по злоупотреблению спиртными напитками составляют лица, подвергшиеся радиационному воздействию, поскольку радиационные аварии и инциденты влекут за собой значительные изменения в психологическом состоянии пострадавших, вплоть до развития психических расстройств и аддиктивного поведения.

**Цель исследования:** изучение клинко-психофизиологических особенностей лиц с донозологическими формами употребления алкоголя, проживающих на радиоактивно-





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

загрязненных территориях (РЗТ) Челябинской области (пострадавших в результате сброса радиоактивных отходов в реку Теча (1949-1952 гг.) и аварии на ПО «Маяк» (1957г.)).

**Материалы и методы.** Работа выполнена на базе ФГБУН УНПЦ РМ ФМБА России. В основу исследования положены результаты обследования 100 человек, проживающих на РЗТ Челябинской области (Кунашакский, Аргаяшский, Каслинский районы). В качестве методов исследования были использованы: специально разработанная анкета-опросник; опросник AUDIT; клинический опросник для выявления ранних признаков алкоголизма. К.К. Яхина, В. Д. Менделевича; методика «Теппинг-тест» Е.П. Ильина; методика «Простая зрительно-моторная реакция (ПЗМР)».

**Результаты исследования.** Разработанная нами анкета позволяет получить некоторые дополнительные данные о респондентах. Всего в опросе приняло участие 100 человек, в том числе 29% мужчин и 71% женщин, 68% из них старше 55 лет, 27% - от 35 до 55 лет, большинство респондентов получили среднее (35%) и средне - специальное (47%) образование. 61% респондентов относит себя к «абстинентам», «случайно пьющим» - 25%, «умеренно пьющим» - 10%; «систематически пьющим» - 3%, «привычно пьющим» - 1% [4]. Опрашиваемые отмечали, что употребляют водку или коньяк (39%), вино (29%), пиво (9%), самогон (5%). Причиной употребления называли «праздники, семейные торжества» (62%) и «проживание на РЗТ» (12%). Основными факторами, определяющими состояние здоровья, определяют «проживание на РЗТ» (79%), «наследственность» (42%), «материальное неблагополучие» - 16%.

С помощью опросника AUDIT было установлено, что 91% опрошенных относятся к категории лиц с низкой вероятностью алкогольной зависимости (по опроснику К.К. Яхина, В.Д. Менделевича «уровень здоровья» - 60%), 8% - чрезмерное употребление алкоголя (по опроснику К.К. Яхина, В.Д. Менделевича «уровень бытового пьянства» - 17%) , 1% - высокая вероятность синдрома алкогольной зависимости (по опроснику К.К. Яхина, В.Д. Менделевича «уровень алкоголизма» - 17%). На наш взгляд, отвечая на вопросы опросника «AUDIT» респонденты чаще давали социально желательные ответы, тогда как опросник К. К. Яхина, В. Д. Менделевича практически не содержит прямых вопросов и направлен на раскрытие возможной диссимуляции симптомов алкоголизма.

По результатам проведенного «Теппинг-теста» большинство обследуемых имеет слабый тип нервной системы (НС) - 44% и НС средней силы - 23%. По методике «ПЗМР» у большинства обследуемых наблюдалась низкая скорость сенсомоторной реакции (82%), «значительно



сниженная» (59%) и «существенно сниженная» (14%) работоспособность, средний уровень функциональных возможностей (63%).

**Выводы.** Уровень бытового пьянства и уровень алкоголизма (по результатам опросника К.К. Яхина, В.Д. Менделевича) выявлен у 34% опрошенных лиц, проживающих на РЗТ Челябинской области. Одной из причин употребления алкоголя считают проживание на РЗТ. В качестве основных факторов, влияющих на состояние здоровья, определяют проживание на РЗТ и наследственность. По данным психофизиологических методик большинство обследуемых имеют слабый тип НС или НС средней силы, низкую скорость сенсомоторной реакции, значительно или существенно сниженную работоспособность.



## ПСИХОСОМАТИКА

С.Е. Ушакова, Т.С. Пшеничникова, Н.В. Будникова, Н.С. Чернова

ФГОУ ВО ИвГМА Минздрава РФ, Иваново, Россия

### ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

S.E. Ushakova, T.V. Pshenichnikova, N.V. Budnikova, N.S. Chernova

FSBI NPE «IvSMA» MOH Russia

### PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF OBESITY IN PATIENTS WITH PRIOR MYOCARDIAL INFARCTION

**Актуальность.** Модификация питания снижает риск развития повторных сосудистых катастроф у лиц, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Однако не все пациенты выполняют диетические рекомендации врача, так как приходится резко изменять привычные стереотипы питания. Целью исследования было – изучить влияние личностных особенностей пациентов, перенесших ИМ, на развитие патогенных привычек в области питания.

**Материалы и методы.** Обследовано 50 человек в раннем восстановительном периоде после перенесенного ИМ. Сопоставлены данные, полученные с применением сокращенного многофакторного опросника личности (СМОЛ), и анкетирования по особенностям пищевого поведения (ПП), который составлен на основе опросника Academic Department of Psychiatry, St. George's Hospital Medical School. Средний возраст обследованных составил  $58,2 \pm 8,3$  лет, мужчин было 46 человек (92%).

**Результаты.** У 4 пациентов (8%) масса тела была нормальной, у 25 человек (50%) имела место избыточная масса тела, у 16 человек (32%) - ожирение 1 степени, ожирение 2 степени у 3 человек (6%), ожирение 3 степени у 2 человек (4%). По принадлежности к одному из типов конфигурации профиля теста СМОЛ по клиническим шкалам больные разделились: нормальный тип профиля - у 18 больных (37,1%), конфликтный - у 8 (15,5%), депрессивный - у 7 (13,4%), невротический - у 8 (15,5%), ригидный - у 9 (18,6%).

Наиболее благоприятный вариант ПП выявлен у больных с нормальным типом профиля. Депрессивный тип профиля отражал сниженный фон настроения, высокую чувствительность к



стрессу, склонность к избеганию конфликтов с окружающими. Пациенты данной группы отмечали зависимость ПП от психогенных воздействий: они компенсировали состояния психоэмоционального напряжения социально-приемлемыми методами психологической защиты - гиперфагической реакцией на стресс и неврогенным перееданием в вечернее время, после которых отмечали «скачки веса», чувство вины. Снижение настроения из-за чувства вины вновь могло быть компенсировано приемом пищи. Таким образом, формировался стереотип питания с частыми эпизодами переедания.

У пациентов с невротическим типом профиля выраженный сверхконтроль сочетался с тревожными и депрессивными тенденциями, что указывало на мотивационную направленность личности на соответствие нормативным критериям как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций своего организма. В этой группе была выявлена в большей степени озабоченность соответствием своего питания общепринятым нормам, чем обеспокоенность весом тела. Потребление пищи больные с невротическим типом профиля связывали с нежеланием противоречить окружающим, нарушать стереотип питания семьи - побуждение к еде со стороны окружающих у них самое высокое среди пяти групп.

Больные с конфликтным типом профиля с ведущими шкалами импульсивности и индивидуалистичности были уверены, что соблюдали диету, отрицали эпизоды переедания в ответ на стресс и чувство вины после него. Тем не менее, были зафиксированы эпизоды переедания, связанные с импульсивностью пациентов. Пациенты этой группы реже всех признавали необходимость прислушиваться к советам об изменении их питания. Больные с ригидным типом профиля на фоне самого высокого среди обследованных уровня соблюдения гипохолестериновой диеты, рекомендованной врачом после ИМ, отмечали переедание, сопровождающееся как чувством вины, так и состоянием депрессии.

**Заключение.** Таким образом, у большинства пациентов, перенесших ИМ, зафиксированы особенности ПП, связанные с личностными характеристиками пациентов. Выявленное сочетание эпизодов значительного переедания с чувством вины может привести к прогрессированию ожирения, нарушению инсулинового обмена и дислипотеидемии, усугублению социально-психологической дезадаптации. Представляется актуальной разработка индивидуальных диетических рекомендаций для данной категории больных с учетом их ПП и личностных особенностей.



Е.Б. Чалая<sup>1</sup>, В.Г. Будза<sup>1</sup>, В.А. Чальи<sup>1</sup>, И.В. Чалая<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - ГОУ ВПО, Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

<sup>2</sup> - Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, Оренбург, Россия

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В  
ПОСТИНСУЛЬТНЫЙ ПЕРИОД**

E. B. Chalaya<sup>1</sup>, V. G. Budza<sup>1</sup>, V. A. Chalyi<sup>1</sup>, I. V. Chalaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - GOU VPO the Orenburg state medical University, Orenburg, Russia

<sup>2</sup> - Orenburg regional clinical psychiatric hospital № 1, Orenburg, Russia

**CLINICAL FEATURES OF DEPRESSIVE DISORDERS IN POST-STROKE PERIOD**

**Актуальность.** Среди нервно-психических нарушений, возникающих в результате инсульта, часто встречается депрессивная симптоматика, раннее выявление и анализ которой важен, поскольку своевременно назначенная терапия антидепрессантами значительно улучшает процессы реабилитации сосудистых больных.

**Цель исследования:** выявление и описание депрессивных состояний у больных раннего восстановительного периода хронической фазы инсульта (до 1 года после перенесенного ишемического инсульта).

**Материалы и методы:** клинико-психопатологическим и социально-психопатологическими методами обследовано 154 больных. Мужчин – 80, женщин – 74 в возрасте от 49 до 78 лет (средний – 67 лет) с двигательными нарушениями в виде гемипареза, гемиплегии, сенсопирамидного дефицита. Больные с деменцией, расстройствами праксиса, гнозиса, речи не исследовались.

**Результаты и обсуждение.** У значительной части больных (64,7%) выявлены признаки депрессии. Содержание депрессивных переживаний включало интерпретацию болезненных явлений, вызванных органическим поражением головного мозга. В жалобах больных выявлялись психогенные компоненты, которые являлись отражением реакции личности на болезнь. Депрессивные переживания сочетались со слабодушием, слезливостью, утомляемостью, отличались стойкостью, монотонностью, тенденцией к ухудшению в вечернее время. По



преобладающей разновидности депрессивной симптоматики выделено 3 группы больных. Астеническая депрессия (8,3% пациентов) характеризовалась реакциями раздражительной слабости, пессимистической оценкой перспективы, ощущением постоянной усталости, в связи с чем, больные осознанно создавали себе ограничительный режим. Тревожная депрессия, установленная у 66,7% больных, проявлялась чувством внутреннего беспокойства, преувеличением тяжести своего состояния, мыслями о скорой смерти. Некоторые больные говорили, что не хотят жить, но эти высказывания скорее отражали не суицидальные намерения, а были своеобразной формой выражения жалоб. Тоскливая депрессия (25% больных) характеризовалась тоскливостью с чувством внутренней напряженности, сочетанием идей собственной малоценности и обвинения окружающих. У 2-х больных выраженность депрессии по шкале Hamilton превышала непсихотический (22 и 25 баллов). Однако тщательное клиничко-психопатологическое обследование показало наличие рационального подхода к пониманию депрессивных переживаний, отсутствие витализации аффекта, выявило отчетливую связь со степенью нарушения двигательной функции (гемиплегия и глубокий гемипарез), которые можно отнести к психогенному фактору, так как они усиливали ощущение беспомощности, в связи с необходимостью постоянно прибегать к помощи посторонних в быту.

**Заключение.** Результаты исследования показывают, что в ранний восстановительный период хронической фазы инсульта у значительной части больных определяются депрессивные состояния непсихотического уровня, имеющие сложный характер, в котором прослеживаются ситуационно-реактивные радикалы, личностные реакции на болезнь, что приближает их к невротическим, однако дисфорические компоненты аффективных нарушений, черты психической ригидности, позволяют говорить об участии в их генезе и собственно органического поражения. Полученные данные способствуют более глубокому пониманию становления и динамики психопатологических особенностей клинической картины аффективных расстройств у больных с последствиями ишемического инсульта, что указывает на необходимость совершенствования терапевтической тактики с включением в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий психотерапии и психофармакотерапии.



## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

**Н.В. Будникова, И.А. Романенко, С.Е. Ушакова**

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

### **ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА**

**N.V. Budnikova, I.A. Romanenko, S.E. Ushakova**

FSBI NPE «IvSMA» MOH Russia, Ivanovo, Russia

### **INTENSITY ANXIETY AT THE PATIENTS WHICH ARE AT VARIOUS STAGES OF CARBOHYDRATE METABOLISM DISORDERS**

**Актуальность.** Сахарный диабет (СД) признан экспертами ВОЗ неинфекционной эпидемией и является серьезной медико-социальной проблемой во всем мире. Число больных СД растет, опережая самые пессимистические прогнозы. Современные исследования подтверждают, что у людей, страдающих СД, часто обнаруживается ряд психологических проблем, которые могут влиять на течение заболевания и его лечение. У больного возникает чувство тревоги, приводящее к негативному влиянию на жизненную стратегию диабетика. Этому контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между врачом и больным, для более эффективного лечения.

**Целью исследования** было изучение выраженности тревоги у пациентов, находящихся на различных стадиях нарушений углеводного обмена (НУО). Обследовано 102 пациента с НУО и 22 практически здоровых человека, которые были разделены на 4 группы. В 1 группу вошли 24 больных СД 2 типа с длительным течением заболевания; 2 группу составили 52 пациента с впервые выявленным СД 2 типа; 3 группа была представлена 26 лицами с предиабетом (нарушение гликемии натощак, нарушение толерантности к глюкозе); 4 группа – 22 практически здоровых человека (контроль). Все группы были сопоставимы по возрасту и полу.

**Материалы и методы.** Для изучения тревожности проводилось тестирование по шкале самооценки Спилбергера-Ханина, которая позволяет определить степень выраженности реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревоги.

**Результаты.** При оценке тревожности показатели РТ у обследованных лиц оказались в 1 группе -  $51,5 \pm 2,29$  балла, во 2 группе -  $49,32 \pm 1,54$  балла, в 3 группе -  $47,16 \pm 1,68$  балла, а показатели ЛТ в 1 группе -  $53,34 \pm 2,49$  балла, во 2 группе -  $50,38 \pm 1,16$  балла, в 3 группе -  $51,28 \pm 1,81$  балла. У пациентов с НУО полученные результаты были достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у здоровых



лиц (РТ -  $38,91 \pm 0,94$  балла, ЛТ -  $45,44 \pm 1,91$  балла). Максимальные средние показатели РТ и ЛТ отмечены в группе больных СД 2 с продолжительным течением заболевания.

При оценке выраженности РТ у лиц с НУО высокий уровень определялся у обследованных 1 группы в 66,7%, 2 группы - 63,5%, 3 группы - 50%. Умеренный уровень РТ имел место во всех группах пациентов с НУО (1 группа - 33,3%, 2 группа - 28,8%, 3 группа - 42,3%). Низкая РТ у больных СД 2 типа с длительным течением заболевания не была зафиксирована, у других пациентов с НУО выявлена в 7,7% случаев (2 и 3 группы). У практически здоровых лиц умеренный уровень РТ выявлен в 91%, тогда как высокие и низкие показатели РТ были у 4,5% лиц этой группы.

При оценке выраженности ЛТ у пациентов с НУО часто определялись высокие показатели (1 группа - 87,5%, 2 группа - 75%, 3 группа - 73,1%), реже имели место умеренные (1 группа - 12,5%, 2 группа - 25%, 3 группа - 26,9%). В 4 группе высокая ЛТ выявлялась в 54,5% случаев, а умеренная в 45,5%. У обследованных всех групп низкий уровень ЛТ не был зарегистрирован.

Интенсивность тревоги оказалась в группах пациентов с НУО достоверно более высокой, чем у практически здоровых лиц ( $p < 0,05$ ). Наиболее часто имел место высокий уровень тревожности у больных СД 2 типа с длительным течением заболеванием.

**Заключение.** Таким образом, наличие и выраженность тревоги у лиц с НУО диктует необходимость включения психотерапевтической коррекции в лечение данной категории пациентов.

**И.Н. Абросимов**

ФГБОУ ВО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Москва, Россия

### **ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВКБ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ**

**I.N. Abrosimov**

FSBEI HE A.I. Yevdokimov MSMSU MOH Russia, Moscow

### **THE SEVERITY OF THE DISEASE AND THE INTERNAL PICTURE OF ILLNESS IN ADULT PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS**

**Цель.** Проведены сравнительные исследования структуры внутренней картины болезни (ВКБ) взрослых пациентов с муковисцидозом (МВ) в группах, различающихся тяжестью течения заболевания: группа А - пациенты с умеренным течением заболевания ( $n=27$ ) и группа Б -





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

пациенты с тяжелым течением заболевания ( $n=59$ ). Критериями для определения степени тяжести заболевания явились объективные клинические показатели.

**Результаты.** Показатели компонентов личностной тревожности в группах взрослых больных МВ, отличающихся тяжелым течением заболевания, не обнаружили значимых различий. При этом, показатель Тревожная оценка перспектив в группе Б ( $7,07 \pm 1,36$  станайна) оказался превышающим нормативные показатели. Это указывает на превалирование в структуре личностной тревожности взрослых пациентов с МВ переживаний и обеспокоенности, связанных с их функционированием в будущем.

Значимые различия при сравнении различных форм эмоционального реагирования на болезнь в группах взрослых больных МВ, отличающихся тяжестью течения заболевания были обнаружены лишь по шкале «Разочарование» (группа А -  $0,44 \pm 0,09$  баллов, группа Б -  $0,57 \pm 0,12$  баллов;  $P=0,049$ ). При этом ведущей формой в структуре эмоционального реагирования на болезнь в обеих сравниваемых группах является гнев (группа А -  $1,24 \pm 0,58$  баллов; группа Б -  $1,31 \pm 0,33$  баллов). Тяжесть течения заболевания у взрослых пациентов с МВ, возможно, за счет адаптационных к заболеванию возможностей личности не сильно изменяет структуру эмоционального реагирования на болезнь, где ведущей формой является гнев и отражается лишь на некоторых ее компонентах (таких, как разочарование).

Таким образом, автономные эмоциональные параметры (личностная тревожность, эмоциональное реагирование на болезнь) пациентов с МВ не обусловлены их физическим состоянием.

При исследовании когнитивного и мотивационного уровней ВКБ также не было получено значимых различий между сравниваемыми группами. Имеющиеся статистически значимые результаты в группах с различной тяжестью заболевания скорее могут указывать на наличие имеющихся тенденций. Так, например, взрослые пациенты с тяжелым течением МВ (Группа А) воспринимают свое заболевание как хроническое ( $8,87 \pm 4,1$  балла,  $6,9 \pm 3,05$  балла;  $P=0,036$ ), как проявление некоторой их дефектности, слабости ( $0,3 \pm 0,14$  балла,  $0,12 \pm 0,7$  балла;  $P=0,041$ ), при этом они чаще применяют малоадаптивную, сфокусированную на преодолении негативных эмоциональных переживаний, копинг-стратегию «Избегание» ( $41,16 \pm 12,53$  балла,  $59,41 \pm 11,7$  балла;  $P=0,049$ ) и приверженность их выше относительно лишь медикаментозных форм лечения: аэрозольным антибиотикам ( $50,11\%$ ,  $58,82\%$ ,  $P=0,023$ ) и панкреатическим ферментам ( $61,74\%$ ,  $78,2\%$ ;  $P=0,048$ ). Вышеописанные результаты не носят систематического характера и не



позволяют дать обобщенные характеристики структурных особенностей ВКБ в выделенных подгруппах.

**Заключение.** На основании полученных данных установлено, что объективные клинические показатели тяжести течения заболевания не играют ведущей роли в детерминировании той или иной структурной специфики ВКБ у взрослых пациентов с муковисцидозом, а формирование этого конструкта происходит согласно психологическим механизмам. Этот факт говорит о том, что самопознание пациентом болезни, ее когнитивная оценка частично или полностью не совпадает с физиологическими параметрам физического состояния больного.

**Т.Э. Кантина, А.В. Аклеев**

Уральский научно-практический центр радиационной медицины ФМБА России, Челябинск,  
Россия

**ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ  
ХРОНИЧЕСКОМУ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ.**

**T.E. Kantina, A.V. Akleyev**

FSGFIS Urals Research Center for Radiation Medicine of Federal medical biological agency of Russia,  
Chelyabinsk, Russia

**A STUDY OF COGNITIVE FUNCTION IN INDIVIDUALS WHO HAVE  
SUFFERED CHRONIC RADIATION**

**Актуальность.** Когнитивные функции (лат. *cognitio* - познание) – высшие мозговые функции: память, внимание, психомоторная координация, речь, прозис, праксис, счет, мышление, ориентация, планирование и контроль высшей психической деятельности. Нарушения когнитивных функций являются одним из наиболее распространённых психических расстройств. В целом при естественном старении когнитивные функции существенно не страдают, быстрое же прогрессирование когнитивных расстройств является признаком органического поражения головного мозга. Изучение последствий радиационного воздействия для психического здоровья человека является актуальным направлением междисциплинарных исследований последних лет. Ионизирующему излучению наиболее подвержены филогенетически молодые структуры головного мозга (кора лобных и височных долей,





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

структуры лимбикоретикулярного комплекса). Стратегически важными для когнитивной деятельности являются ассоциативные зоны лобной коры и зоны стыка теменно-височно-затылочной коры, а также структуры гиппокампового круга. Мишенью воздействия комплекса повреждающих факторов облучения является и вторая важная система — сосудистая, поражения которой проявляются генерализованной эндотелиальной дисфункцией.

**В задачи** настоящей работы входила оценка когнитивных функций лиц, облучённых в результате радиационного инцидента на ПО «Маяк» в 1957г, периода сбросов радиоактивных отходов в реку Теча (когорта 1930-1949 гг. рождения, лица из потомков первого поколения до 1956 года рождения). Критериями исключения из группы обследования являлись острые и хронические психические расстройства, тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации, алкогольная зависимость, тяжелые или неоднократные черепно-мозговые травмы в анамнезе, перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения. Для проведения исследования когнитивных функций были выбраны методы, позволяющие оценить клинические, клиничко-психологические, нейрофизиологические характеристики пациентов групп обследования. Исследование осуществлялось в условиях клинического отделения ФГБУН УНПЦ РМ.

**Материалы и методы.** Для исследования были отобраны 52 человека. Основную группу составили 33 человека с дозой облучения на красный костный мозг более 0,07 Гр. Контрольная группа (19 человек) – с дозой меньшей или равной 0,07 Гр.

**Результаты и выводы.** По данным проведенного исследования у лиц основной группы на отдаленном этапе отмечены признаки преддементных (умеренных) нарушений нескольких когнитивных функций (мышление, внимание, речь). Наиболее часто встречающимся типом нарушений являлось ослабление памяти. Общий коэффициент интеллекта соответствовал среднему уровню ( $94,9 \pm 2,6$ ), как и показатели невербального интеллекта ( $103,6 \pm 2,1$ ), в то время как коэффициент вербального интеллекта соответствовал уровню плохой нормы ( $88,9 \pm 3,3$ ). Выявлено преобладание процессов возбуждения над процессами торможения ЦНС, дисфункция стволовых и срединных структур головного мозга, снижение порога судорожной готовности. Указанные изменения достоверно чаще выявлялись у пациентов с дозовой нагрузкой в пределах 0,5 до 0,99 Гр.





**Ф.А.Фомин**

УО Витебский государственный медицинский университет

**НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

**F.A Fomin**

Vitebsk state medical university

**DISORDERS OF THE EMOTIONAL SPHERE, CAUSED BY CHOLECYSTITIS**

Исследование проведено на базе Витебской больницы скорой медицинской помощи/  
Research is conducted on the basis of Vitebsk City Clinical Emergency Hospital, Vitebsk

**Актуальность.** Состояние пациентов с хирургическими заболеваниями следует учитывать как совокупность изменений, вызванных реакцией на патологический процесс, операционную травму, наркоз, воздействие микробного фактора, интоксикации, изоляцию и вынужденные условия послеоперационного периода. Факторами, предрасполагающими к развитию тревоги у хирургических пациентов, являются: женский пол, отсутствие супруга, низкий уровень образованности, работа в домашних условиях и молодой возраст. В значительной мере ухудшают процесс выздоровления и последующую реабилитацию депрессивные проявления, которые встречаются у 29,7% пациентов хирургического профиля, возникающие в связи с труднопереносимыми факторами пред- и послеоперационного процесса. Таким образом, выявление непосредственных нарушений аффективных нарушений при желчнокаменной болезни, должны улучшить прогноз к лечению и выздоровлению.

**Целью исследования** являлось выявления наличия, у пациентов с желчнокаменной болезнью, соматопсихических аффективных нарушений

**Материалы и методы:** в ходе наблюдения были исследованы 59 пациентов, проходивших лечение на базе УЗ ВГКЦБСМП, с диагнозом «Желчнокаменная болезнь», получивших оперативное лечение и прошедшие патопсихологическое тестовое обследование в 1-е и 2-е сутки после оперативного лечения. Средний возраст пациентов составил 47,6 лет  $\pm$  18 лет. Тревожные проявления были изучены при помощи шкалы тревоги Спилбергера-Ханина, депрессивные явления при помощи шкалы депрессии Гамильтона. Также как дополнительный критерий изучался уровень образования пациентов.





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

**Результаты исследования:** при анализе полученных данных было выявлено, что у 12 пациентов определялся низкий уровень депрессивных проявлений, у 11 средний уровень и у 4 пациентов - высокий уровень. Средний балл по всем пациентам составил 8,7 балла. Ситуационная тревожность была на низком уровне у 16 пациентов, на среднем уровне у 32 пациентов, у 11 высокий уровень, в среднем составив 36,7 балла. Личностная тревожность в незначительной мере была установлена у 3 пациентов, у 25 пациентов на среднем уровне, и у 31 пациента обнаружен высокий уровень, средний бал составил 45,2 балла.

**Заключение.** Депрессивные проявления среднего и высокого уровня выявлялись у 25,4% обследованных пациентов, в тоже время высокий уровень ситуационной тревожности определялся у 18,6% пациентов, личностной-52,5%. Эти данные говорят о значительной выраженности соматопсихических отклонений аффективной сферы при холецистите.



## ПСИХОТЕРАПИЯ

**Е.А. Дубицкая**

Самарский психоневрологический диспансер, Самара, Россия

### **АРТТЕРАПИЯ КАК ВЕДУЩИЙ ВИД ПСИХОТЕРАПИИ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ**

**E.A. Dubitskiy**

Samara psychoneurological dispensary, Samara, Russia

### **ART THERAPY AS A LEADING TYPE OF PSYCHOTHERAPY IN SOCIAL REHABILITATION IN PSYCHIATRY**

Эффективность того или иного вида, методики и техники психотерапии определяется, в первую очередь, целью и задачами реабилитации.

В Самарском психоневрологическом диспансере в течение последних двух лет социально-психиатрическая помощь пациентам диспансерной группы оказывается посредством активной работы полипрофессиональных бригад, а ведущее место в терапии занимает психотерапия.

Психотерапевтический блок представлен психотерапией творческим самовыражением по Бурно; групповой психотерапией психотических состояний с целью купирования острой симптоматики, формирования истинной «внутренней картины болезни» - «внутренней картины здоровья», формирования комплаенса с врачом; групповой социально-реабилитационной работой с больными шизофренией; психологической адаптацией пациентов, страдающих шизофренией без острой психотической симптоматики. Указанные вмешательства осуществляют врачи-психотерапевты, как ко-терапевты с ними работают медицинские психологи и специалисты по социальной работе.

Ведущее место в активизации сохранных сторон личности, независимо от нозологической принадлежности болезни, принадлежит активному участию в арттерапии, которой пациенты занимаются в дневных стационарах диспансера под руководством врачей-психотерапевтов и специалистов по социальной работе. Члены бригады проводят праздники, занимаются с пациентами рисованием, изготовлением различных поделок, в диспансере активно работают Клуб любителей поэзии, хор, кукольный театр, кружки рукоделия. Пациенты, посещающие кружок рукоделия, успешно осваивают пошив мягких игрушек (техника «Чулочная кукла»,





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

«Кукла Тильда»), обучаются технике филейной вышивки, технике «Пэчворк без иглы» («Кимекоми»). С помощью своих изделий пациенты украшают диспансер к праздникам, самостоятельно оформляют спектакли кукольного театра (собственные куклы, декорации). Под руководством социальных работников и инструкторов по трудовой терапии группы пациентов регулярно посещают концерты в филармонии, театральные спектакли, различные выставки, музеи. В диспансере периодически устраиваются экспозиции картин, тематических фотографий пациентов. В 2015 году нами был создан электронный альбом репродукций картин пациентов «Души бессмертный дар», проведена его презентация в стенах диспансера. Одновременно с этим были созданы персональные электронные альбомы репродукций двух авторов (пациентов), а также электронный альбом стихов одного из пациентов и с письменного согласия пациентов альбомы были размещены на сайте Самарского психоневрологического диспансера для широкого доступа пользователей Интернета. С апреля 2016 года стихи пациентов диспансера начали публиковаться в газете Московского клуба психиатров «Нить Ариадны».

Именно в арттерапии, как ведущем виде на третьем этапе реабилитации по М.М. Кабанову, используется основной принцип «побуждения пациентов к самостоятельному творчеству», при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор (активная арттерапия по Дельфино-Бейли) и акцент делается на социально-личностный уровень адаптации и собственно реабилитации, в основе которого лежит как неосознанная, так и, что особенно важно, созидательная, гармонизирующая, интегрирующая сила эстетического и творческого начала личности, заложенного в искусстве и культуре.

**С.Б. Бабарахимова, Ж.М. Искандарова, Ш.Ш. Шаикрамов**

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан

### **ПСИХОТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ**

**S.B. Babarahimova, J.M. Iskandarova, Sh.Sh. Shaikramov**

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

### **PSYCHOTHERAPY OF AFFEKTIVE PATHOLOGY**

**Актуальность:** применение краткосрочных методов когнитивно-поведенческой психотерапии ориентированных на обучение пациента и его родственников навыкам преодоления





депрессии, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов, страдающих патологией эмоциональной сферы (Carroll, 1998).

**Цель исследования и задачи:** определение эффективности когнитивно-поведенческой модели психотерапии, адаптированной для применения в стационарных условиях у женщин с эмоциональными расстройствами с учётом личностных особенностей.

**Материал и методы исследования:** в исследование были включены 30 женщин с аффективными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении ГКПБ города Ташкента. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала оценки тревоги и депрессии Гамильтона, для определения эмоционального статуса использовали восьмицветовой тест Люшера.

**Результаты и обсуждение:** наиболее часто аффективные нарушения классифицировались как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) - у 10 пациентов (33,3%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) - у 8 женщин (26,7%). Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) - у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) - у 3 женщин (10%) и дистимия (F34.1) - у 3 обследованных (10%). Основной мишенью психотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению выгод от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработка различных протоколов лечения аффективной патологии в рамках КПП. В процессе проведения когнитивно-поведенческой терапии было выявлено, что пациентки с дистимическими и демонстративными типами акцентуации характера лучше поддаются воздействию психотерапевта, быстрее усваивают предлагаемые установки по развитию самоконтроля в условиях воздействия стрессовых факторов и активно меняют поведенческие реакции в ситуациях возникновения депрессий. Пациентки с тревожно-боязливыми и застревающими типами личности труднее входили в контакты с психотерапевтом, не всегда усваивали предлагаемые инструкции, эффект от проводимой терапии не достигал положительных результатов.

**Выводы:** пациентки с эмоциональными расстройствами в ходе проведённой когнитивно-поведенческой психотерапии овладели рядом психотерапевтических техник, позволяющих самостоятельно справляться с негативными аффективными реакциями и жизненными стрессами.





**Д.А. Кононова**

Клиника Гусарова, Кафедра прикладной психологии и психотерапии ИППК РУДН, Москва,  
Россия

**ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С  
НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**D.A. Kononova**

Gusarov's medical center, Practical Psychology and Psychotherapy Department People's Friendship  
University of Russia, Moscow, Russia

**THE USE OF TRANSACTIONAL ANALYSIS IN THE TREATMENT OF PATIENTS  
WITH EATING DISORDERS**

**Актуальность:** в последние десятилетия отмечается значительный рост заболеваемости пищевыми расстройствами в индустриально развитых странах. Статистика показывает, в большей степени подвержены нарушениям пищевого поведения (НПП - далее) представители более обеспеченных слоев населения. Такая динамика приводит к повышению интереса специалистов к данному медицинскому направлению.

Расстройства пищевого поведения – это класс психогенно-эндогенно обусловленных поведенческих синдромов, связанных с нарушениями в приёме пищи, для коррекции которых необходим недостаточно разработанный до настоящего времени комплексный подход, включающий различные психотерапевтические методы. Однако, несмотря на многочисленные исследования и интерес, проблема лечения НПП остается актуальной.

К числу таких эффективных, оригинальных и, при этом, доступных для понимания методов психотерапии относится трансактный анализ (ТА), созданный американским психиатром Э.Берном (1910-1070).

Так, Родительское Эго-состояние характеризуется паттерном чувств, мыслительных процессов и связанного с ними поведения интроецированных родительских фигур данного конкретного человека. Важной частью помощи пациенту является определение отношения внутреннего Родителя пациента к еде, семейный контекст нарушений пищевого поведения.

Другая часть структуры личности – Ребенок - клиента содержит набор паттернов чувствования, мышления и соответствующего поведения, освоенного в детстве, в разные периоды детства с рождения до наступления взрослой жизни. Опыт взаимоотношения с едой, опыт кормления и



взаимодействия с важными людьми детства отразится в дальнейшем в различных нарушениях пищевого поведения.

ТА позволяет сделать анализ опорных элементов сценария пищевых нарушений, выявить их повторяемость, проявляющуюся в череде приступов переедания и диет.

ТА терапевты применяют ряд полезных методик, уделяя внимания разным периодам жизни пациента в процессе сбора анамнеза и анализа особенностей нарушения приема пищи (Kathy Leach, 2006): I. Исторический контекст и опыт детства II. Текущий контекст III. Диетический цикл IV. Размер тела.

Выводы данных исследований позволяют спланировать лечебный план и перспективы в форматах краткосрочной и долгосрочной работы.

Следует также учитывать, что многие из родительских сообщений являются невербальными и токсическими для развития ребенка. Например, «Ты не можешь принадлежать семье, если ты полный». В ТА их называют негативными «токсическими предписаниями» (Goulding). Они являются конструктом для формирования аутодеструктивных сценариев, неся в себе предписание «Не живи», которое, в последствие, проявляется тяжелыми формами булимии, указывая на замаскированный суицид.

Итак, исследуя детский опыт пациентов с нарушением пищевого поведения (НПП) можно найти различные виды адаптации ребенка («Адаптированный Ребенок» в функциональной модели Эго-состояний, Берн, 1961) к требованиям Родителя по отношению к пище и еде. В клинике НПП можно увидеть поведенческие проявления бунта Адаптированного Ребенка клиента против пищи в тех ситуациях, когда младенец испытывает депривацию своих эмоциональных потребностей, но не пищевых. Когда родителями не принята потребность ребенка иметь свое пространство для развития собственных ощущений себя, своего тела, своей идентичности, индивидуальности и других потребностей в соответствии с возрастом.

Большинство пациентов с пищевыми расстройствами находятся в плену внутренних Родительско-Детских диалогов и, соответственно, конфликтов между этими Эго-состояниями, постоянно отыгрывая их в повседневной взрослой жизни, что проявляется все теми же циклами обострения и ремиссиями: перееданием-диетами-перееданием. Эти пациенты не имеют успешного опыта в стадии сепарации и индивидуации (Маргарет Маллер, 1971). Поэтому картина их жизни состоит из противоречий и амбивалентных отношений с родительскими фигурами: матерью, неадекватно реагирующей на нормальные попытки ребенка к отделению, и





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

эмоционально дистанцирующегося отца, который, кроме того, склонен к насилию и жесткому нарушению эмоциональных границ.

Психологам известно, ребенок находится в ситуации депривации, когда его опыт нагружен злоупотреблением заботящихся о нем родительских фигур, он склонен к бессознательному замещению психологического голода едой. Часто эти пациенты рассказывают о наличии в их истории опыта сексуального насилия или несоответствующее внимание к сексуальным вопросам, вторжение в сексуальное развитие в детстве, что приводит к несоответствующему или недостаточному представлению о сексуальных отношениях в периоды детства и подростковый этап развития. Эти пациенты обесценивают телесные ощущения, демонстрируют избегание своего отражения в зеркале (дисморфофобические проявления). Как следствие - потеря ощущения чувства голода, ощущения существования или переживание собственной жизни в сильной зависимости от количества потребляемой клиентом пищи. А также нарушение эмоционального контакта со своими телесными переживаниями, что дополняет трудности в понимании своих пищевых потребностей. Люди с расстройствами пищевого поведения часто используют термин «Я чувствую жир», как будто это эмоциональное чувство.

Этот термин является выражением других, менее приемлемых (аутентичных) чувств.

Еда и увеличивающийся вес с жировыми складками начинает выполнять несколько функций: успокаивает эмоциональный голод и тревоги, а также защищает от угроз внешнего мира. Тело используется как защита от вторжения внешней угрозы. Поэтому, неотъемлемой частью психотерапии НПП является работа с эмоциональной сферой: распознавание, дифференциация и удовлетворение эмоционального голода, исследование паттерна замещения эмоционального голода едой.

И, наконец, важной интегрирующей частью структуры личности человека является Взрослое Эго-состояние человека. Как было уже отмечено, у пациентов с НПП Взрослый «контаминирован» - «засорен» Родительскими предрассудками и иллюзиями Ребенка (Берн, 1961). Как результат мы наблюдаем нарушение ежедневного функционирования в той или иной степени в зависимости от уровня катексиса Эго-состояний и засорения Взрослого.

**Заключение.** ТА является хорошо доступным и эффективным инструментом в психотерапевтической работе с пациентами, страдающими НПП. Разнообразие подходов ТА позволяет качественно влиять на основные «мишени» пищевых нарушений: пищевое поведение, телесные нарушения, эмоциональную и когнитивную сферы. А также проанализировать



отношение к себе, Миру и сценарий, в котором ранние родительско-детские отношения запечатлены и отыгрываются в приступах пищевых эксцессов, приобрести навыки заботы о себе, альтернативные ранним детским в помогающих поддерживающих психотерапевтических отношениях.

**Е.Ю. Соколов, А.А. Фомин, К.В. Протопопова**

Московский научно-практический центр наркологии. ФГБУ «МНИИП» Филиала «ФГБУ им. В.П. Сербского» Минздрава России, отдел суицидологии, Москва, Россия

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЭНЕРГОСБЕРЕЖЕНИЕ – ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ПРОФЕССИИ**

**E.Yu. Sokolov, A.A. Fomin, K.V. Protopopova**

Moscow scientific and practical center of narcology. Federal State Budgetary Institution MNIIP of Branch "federal state budgetary Institution of V.P. Serbsky" the Russian Ministry of Health, department of a suicidology, Moscow, Russia

**PSYCHOTHERAPEUTIC ENERGY SAVING – THE PREVENTION OF PATHOLOGICAL FRUSTRATION AT EMPLOYEES OF AN EXTREME PROFESSION**

**Актуальность.** Особенности службы сотрудников спецподразделений – постоянные эмоциональные, интеллектуальные, физические нагрузки, требующие запредельной активизации ресурсов жизнестойкости. Методы саморегуляции являются глубокой профилактической основой нервно-психического здоровья сотрудников МВД. Сохранение психического равновесия – важное условие боевой готовности и адекватного функционирования военнослужащего.

**Цель исследования:** оценка необходимости и эффективности оригинального модуля психотерапевтической работы для обучения военнослужащих методам саморегуляции с целью предотвращения постстрессовых расстройств или их лечения при их наличии.

**Материал и методы.** Обследованы 103 офицера и контрактника МВД РФ (96 мужчин, 7 женщин) 19-42 лет, профессиональные обязанности которых связаны с жизнеопасными ситуациями, бое, столкновениями в горячих точках.





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

**Основные методы исследования:** динамический клинико-психопатологический анализ, миссисипская шкала – военный вариант, опросник синдрома эмоционального выгорания.

**Описание модуля.** Релаксационно-стимулирующие, энергоактивизирующие методы включают дыхательные элементы. Занятия проходят в различных условиях, приближенных к распорядку дня.

Количество групповых обучающих занятий 1–3 раза в неделю, с 2–4 группами (до 6 человек) в день. Занятие с каждой группой длится около двух часов. Среднее число занятий в группе – 5–7. Акцентируется внимание военнослужащих на клинике ряда психических расстройств (ПТСР), способности их распознавания, дифференцирования, оказания первой помощи в боевых и постбоевых условиях. На последующих занятиях укрепляются полученные знания предыдущих встреч. Место ведущего врача занимает участник группы, который проводит отработанный им в группе и самостоятельно тренинг с товарищами. Он наблюдает правильность выполнения команд, корректирует ошибки участников. Роль ведущего: закреплять навыки саморегуляции, повышать ответственность, в первую очередь перед собой, с профилактическим вниманием относиться к здоровью как в мирной, так и боевой обстановке. В дальнейшем в группе, постепенно усложняясь, проводится обучение методам саморегуляции.

Психотерапевтические методы позволяют достичь позитивных миорелаксирующих результатов, сказывающихся на самочувствии в период тренинга и в последующем. Подбираемые методики помогают добиться снятия эмоционального напряжения, предотвратить отдаленные психосоматические расстройства. Психотерапевтические методы обладают хорошей переносимостью, способствуют лучшей адаптивности к трудным, стрессовым ситуациям, повышают антистрессовую устойчивость. Адаптационные реакции, приобретенные организмом в результате энергосберегающих методов саморегуляции, являются реакциями, предупреждающими повреждение структуры личности, и составляют основу естественной психопрофилактики. Методы саморегуляции способствуют более быстрой нормализации психоэмоционального состояния и повышению уровня социальной адаптации сотрудников после возвращения из «горячих» регионов.

**Выводы.** Синдром эмоционального выгорания наблюдается в 100 %. Не зависимо от половой принадлежности сотрудников большая часть. Одновременно необходимо полагать, что при продолжающихся нагрузках военнослужащие с низким уровнем СЭВ могут перейти в более высокие уровни. Для предотвращения этой картины обязательны профилактические и реабилитационные тренинговые энергосберегающие мероприятия.



## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

**Е.В. Замараева**

ГБУЗ АО «Токсовская РБ», Санкт-Петербург, Россия

### **ГИПЕРОПЕКА В ДЕТСТВЕ КАК СУБСТРАТ ДЛЯ РАССТРОЙСТВ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ В БУДУЩЕМ**

**E.V. Zamaraeva**

GBUZ LO «Toksovo RB», Sankt-Peterburg, Russia

### **OVERPROTECTION IN CHILDHOOD AS A SUBSTRATE FOR DISORDERS OF THE MENTAL SPHERE IN THE FUTURE**

**Актуальность.** По статистике процент гиперпротекции в семьях с течением времени увеличивается. Такие дети, вырастая, как правило, совершенно лишены самостоятельности, имеют трудности с социальной адаптацией, инфантильны. Выделяется два основных вида гиперопеки-потворствующая, когда из ребёнка делают идола, и, доминирующая, когда родители занимают по отношению к ребёнку позицию диктатора. Оба вида наносят колоссальный вред психическому здоровью ребёнка.

**Цель.** Проанализировать причину психических заболеваний пациентов через призму гиперпротекции в детстве.

**Материалы и методы.** На выборке из 16 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте от 18 до 40 лет, имеющих диагнозы: невротические, тревожно-депрессивные, соматоформные, психотипические расстройства, учитывались данные анамнеза, результаты обследования медицинскими психологами, психотерапевтическая оценка, проведено исследование личностных характеристик с помощью опросника Кеттела, методики Мини-мульт, опросника Шмишека и шкалы тревоги Спилберга.

По видам гиперпротекции пациенты разделены на две подгруппы:

- 1) пациенты, в чьих семьях преобладала потворствующая гиперопека - 8 человек.
- 2) пациенты, в чьих семьях преобладала доминирующая гиперопека - 8 человек.

**Результаты.** По результатам психологических исследований наблюдается выраженная слабость побуждений, снижение активности, слабость волевого компонента личности.





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

По результатам психотерапевтической оценки в подгруппе наблюдения № 1 ярко выражен адаптационный внутриличностный конфликт. В подгруппе №2 – мотивационный внутриличностный конфликт и конфликт неадекватной самооценки.

При анализе шкалы Мини-мульти высокие показатели испытуемые набрали по следующим шкалам: 1) ипохондрия (Hs), что говорит о близости к астено-невротическому типу характера – покорности, пассивности, такие люди плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах. 2) депрессия (D), что говорит о близости к сенситивному типу характера – тревожные, ранимые, застенчивые, неуверенные в себе. 3) психастения (Pt), что говорит о тревожно-мнительном типе характера – боязливые, нерешительные, постоянно сомневающиеся. Так же в подгруппе №1 были набраны достаточно высокие показатели по шкале шизоидность (Se).

При интерпретации результатов исследования с помощью опросника Кеттела, пациенты оказались робкими (фактор Н), тревожными (фактор О), эмоционально чувствительными (фактор I), напряженными (фактор Q4).

По анализу результатов опросника Шмишека выделены следующие типы акцентуации личности – дистимический (сниженный фон настроения, пассивность, пессимизм, фиксации теневых сторон жизни) и тревожно-боязливый (склонность к страхам, пугливость, робость).

По шкале тревоги Спилбергера испытуемые обнаружили высокие показатели личностной тревожности.

Анализируя личностные характеристики, выделено, что пациенты обеих подгрупп почти в равной мере отличаются тревожно-мнительным и астено-невротическими типами реагирования, нерешительностью и постоянными сомнениями. Таким личностям свойственны пассивность, покорность, тревожность. Несмотря на то, что они старательны, добросовестны, такие люди не способны принимать самостоятельные решения, при малейших неудачах легко впадают в отчаяние, им сложно реализовать себя в жизни.

**Выводы.** Гиперопека, безусловно, наносит вред психическому здоровью человека, провоцируя развитие тревожно-депрессивных и невротических расстройств, а также, возможно, создавая патологический субстрат для формирования эндогенных заболеваний.



**Т.П. Бартош**

НИЦ «Арктика» ДВО РАН, Магадан, Россия

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ МАГАДАНА С  
АЛЕКСИТИМИЕЙ**

**T.P. Bartosh**

SRC «Arktika» FEB RAS, Magadan, Russia

**THE PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN ALEXITHYMIC ADOLESCENTS OF  
MAGADAN CITY**

**Актуальность.** Феномен алекситимии является одним из психологических факторов риска развития психосоматических расстройств, нарушения поведения. Встречается у практически здоровых лиц от 5 % до 23 % населения [Sifneos P.E.,1996]. Впервые описанный P.E. Sifneos, феномен алекситимии включает в себя затруднения в различении эмоций и телесных ощущений, сложности в понимании своих чувств и переживаний других людей [Sifneos P.E.,1996]. Как черта личности начинает свое развитие в подростковом возрасте [Бартош Т.П., 2014; Sifneos P.E.,1996]. Проживание в суровых климато-географических условиях Севера предъявляет повышенные требования к физиологическим и психическим ресурсам человека. Это отражается на адекватном приспособительном поведении, провоцируя развитие психосоматической патологии и нарушение социально-психологической адаптации.

**Цель** - исследование психологического статуса подростков, проживающих в Магадане, с алекситимическим радикалом в структуре личности.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 150 подростков 7-х классов гимназий г. Магадана (81 мальчик и 69 девочек). Для оценки алекситимии использовали шкалу TAS-26. Ученики были разделены на 3 группы: 1 группа - алекситимический тип личности - 74 балла и выше; 2 группа - 63-73 балла - переходный тип; 3 группа - неалекситимический тип личности - 62 балла и ниже. Психологические опросники включали методику Многомерной оценки детской тревожности (МОДТ), состоящую из 10 шкал тревожности [Ромицына Е.Е., 2006]. Нарушение психической адаптации определяли с помощью шкалы нервно-психической адаптации (НПА), психическую ригидность Томским опросником ригидности Г.В. Залевского, уровень социальной фрустрированности подростков (УСФ-п) (Л.И. Вассерман и соавт., НИПНИ им. В.М. Бехтерева). Обработка данных проводилась стандартными методами с помощью программы «Statistica for Windows 6.0»





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

**Результаты.** Исследование показало, что 29 % исследованной выборки школьников обоего пола имели алекситимический радикал. Алекситимических черт не выявлено у 34 % учеников, остальные 37 % были отнесены к переходному типу. Общий профиль тревожности подростков - алекситимиков по всем 10-ти шкалам опросника МОДТ значительно превышал профиль лиц без алекситимических черт ( $p < 0,01$ ). Имеют более выраженные признаки нарушения психической адаптации, невротоподобных расстройств, по сравнению со сверстниками без алекситимического радикала (соответственно,  $27 \pm 2,48$  и  $14 \pm 1,8$  баллов по шкале НПА,  $p < 0,01$ ). Также более выраженную фрустрационную напряженность (соответственно,  $1,9 \pm 0,09$  и  $1,5 \pm 0,06$  баллов,  $p < 0,05$ ). Более 50 % школьников - алекситимиков демонстрировали высокую психическую ригидность как состояние, склонность к фиксированным формам поведения.

**Заключение.** Исследование показало, что подростки с алекситимическим радикалом имеют более выраженные показатели тревожности, социальной фрустрированности, психической ригидности, нарушение психической устойчивости. Показатель алекситимии в структуре личности подростка на Севере может являться преморбидным фоном развития эмоциональных и психосоматических расстройств, нарушения психической адаптации.

**Т.С. Семенова, А.И. Ерзин**

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

### **ПРОАКТИВНОСТЬ, САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ И ДИСПОЗИЦИОННЫЙ ОПТИМИЗМ КАК ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПРОБЛЕМАМИ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ**

**A.I. Erzin, T.S. Semenova**

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

### **PROACTIVITY, SELF-EFFICACY AND DISPOSITIONAL OPTIMISM AS THE PERSONAL DETERMINANTS OF SUBJECTIVE WELL-BEING IN ADOLESCENTS WITH SEXUAL ORIENTATION PROBLEMS**

*Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №16-36-01050*

**Актуальность.** Современное общество постепенно начало приближаться к пониманию того, что гомосексуальная ориентация не является патологией или грубым отклонением. С признанием прав каждого человека на счастье и любовь в развитых странах многое изменилось.



Тем не менее, молодые люди часто считают постыдным обращаться к данной теме, т.к. до сих пор подвергаются дискриминации в связи со своей половой ориентацией. Дискриминация и стигматизация приводят к нарушению субъективного (психологического) благополучия. У человека изменяется отношение к себе, к своим возможностям и способностям, пропадает ощущение удовлетворенности жизнью. Такие личностные факторы, как проактивность, самооффективность и оптимизм помогают человеку преодолевать последствия стигматизации и других стрессовых факторов и восстановить субъективное благополучие.

**Цель исследования:** изучить проактивность, самооффективность и диспозиционный оптимизм, которые влияют на субъективное благополучие ЛГБТ - подростков.

**Материалы и методы.** Выборка исследования состояла из 70 подростков в возрасте 12-16 лет, кто соответствовал хотя бы одному критерию гомосексуальности (влечение, идентичность и поведение). Исследование проходило посредством заполнения респондентами электронных вариантов анкет и опросников. Применялись «Шкалы психологического благополучия» К.Рифф, Опросник «Проактивное поведение» А.И. Ерзина, Шкала общей самооффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема, «Тест диспозиционного оптимизма».

**Результаты.** Описательные статистики указывают на преобладание низких значений общего уровня психологического благополучия в обследованной выборке ( $322.90 \pm 47.5$ ). Анализ результатов по шкалам Рифф показал, что высокий уровень психологического благополучия был выявлен только у 4,3% опрошенных. Средний уровень психологического благополучия был диагностирован у 40%. Низкий уровень психологического благополучия характерен для 55,7% ЛГБТ - подростков.

По опроснику «Проактивное поведение» были получены следующие данные: индекс проактивности  $203.54 \pm 26.4$ , что свидетельствует об умеренном развитии проактивности как личностной черты. Результаты показывают, что умеренный и низкий уровень самооффективности был выявлен у 47,1% и 45,7% подростков соответственно. Высокие баллы по самооффективности были набраны только 7,1% респондентов. Было также обнаружено, что для 44,3% подростков характерен низкий уровень оптимизма. 20% подростков показали умеренный уровень оптимизма. Только 35,7% людей продемонстрировали высокие показатели оптимизма. Корреляционный анализ показал наличие значимых взаимосвязей психологического благополучия с проактивностью (.322), самооффективностью (.584) и оптимизмом (.640).





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

**Заключение.** Настоящее исследование показало, что общий показатель психологического благополучия в обследованной группе приближается к нижней границе среднего уровня. Иначе говоря, гомосексуальным подросткам свойственен не очень высокий уровень субъективного благополучия. Как показал анализ, психологическое благополучие тесно связано с такими личностными факторами, как проактивность, самоэффективность и оптимизм, развитие которых в процессе психотерапии и психокоррекции может быть ценным с точки зрения создания личностных ресурсов преодоления стрессовых воздействий.

**В.В. Бочаров, А.М. Шишкова**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.

В.М.Бехтерева, Россия

### **ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» РОДСТВЕННИКОВ АДДИКТИВНЫХ БОЛЬНЫХ**

**V.V. Bocharov, A.M. Shishkova**

Bekhterev Research Psychoneurological Institute, St. Petersburg, Russia

### **PROBLEM ASPECTS OF INVESTIGATION OF "EMOTIONAL BURNOUT" OF RELATIVES OF PATIENTS WITH ADDICTIVE DISORDERS**

В настоящее время, теоретический конструкт «выгорания» широко применяется в сфере трудовой деятельности человека. Профессиональное «выгорание» рассматривается как результат воздействия хронического стресса, связанного с несоответствием личностных ресурсов человека требованиям его рабочей среды (Leiter, Maslach, 2005, 2008). Многочисленные эмпирические исследования в сфере профессионального «выгорания» отражают научную обоснованность данного теоретического конструкта, а также подтверждают надежность и валидность измерительных инструментов, используемых для его диагностики.

В настоящий момент при исследовании «эмоционального выгорания» преобладает трехмерный конструкт, состоящий из таких блоков как: эмоциональное истощение, деперсонализация, в терминологии С. Maslach (цинизм), редукция личных достижений. Именно эти составляющие чаще всего выступают в качестве центральных компонентов синдрома «выгорания».



Одним из наиболее популярных тестовых методов, применяемых для диагностики «выгорания», является МВІ - Maslach Burnout Inventory (Maslach, 1981; 1996), построенный на основе представленного выше конструкта.

Анализ литературных данных, а также наш собственный многолетний опыт работы с родственниками аддитивных больных, говорит о том, что для близких пациентов с химическими аддикциями характерно снижение интереса к деятельности, ощущение собственной бесполезности и беспомощности, разочарование в методах лечения и самом больном (часто проявляющееся в циничном к нему отношении), снижение жизненной энергии, а также наличие психосоматических нарушений (Бочаров, Шишкова, 2013, 2014; Ерофеева, 2013; Загородникова, 2013; Сараев, 2009; Liepman, Flachier, Tareen, 2008; Morgan, Litzke, 2012; Orford, Copello, Velleman, Templeton, 2010). По нашему мнению, существующие описания зачастую отражают явления, вполне укладывающиеся в феноменологическую картину теоретического конструкта «выгорания» и, в связи с этим, представляют собой по большей части результат блокады смыслообразующей деятельности близких больного, то есть их усилий по преодолению болезни члена семьи.

В доступной литературе мы не обнаружили исследований, посвященных родственникам аддитивных больных, направленных на оценку уровня истощения, деперсонализации и редукции достижений в рамках синдрома «выгорания».

Эмпирическим исследованиям в этой области мешает не только игнорирование аспекта «выгорания» как фактора, фундаментально определяющего психологию родственников, но и отсутствие соответствующего психодиагностического инструментария. Так, существующие в настоящее время методики по исследованию «выгорания», связаны, в основном, с исследованием профессиональной деятельности и фактически не затрагивают другие сферы межличностной коммуникации (Бойко, 1999; Водопьянова, 2009; Орел, 2005; Рукавишников, 2002; Demerout, Bakker, 2007; Kristensen, Borritz, Villadsen, Christensen, 2005; Maslach, Jackson, Leiter, Maslach, 1996; Schaufeli, Bakker, 2003, 2010; Shirom, 2003).

Дефицит психодиагностического инструментария для изучения выраженности «выгорания» и условий, которые препятствуют или способствуют его развитию у родственников аддитивных больных, существенно ограничивает возможности понимания психологии близких больного и разработки эффективных форм помощи в системе реабилитации наркозависимых больных.



**О.С. Куликова**

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

**O.S. Kulikova**

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

**GENDER CHARACTERISTICS OF COPING BEHAVIOR IN FIRST EPISODE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA**

**Актуальность.** В современной медицинской психологии механизмы психологической защиты рассматриваются как один из структурных элементов системы психологической адаптации (Щелкова О.Ю., 2012). Несмотря на довольно большое количество современных исследований, посвященных патопсихологии шизофрении, инициальный этап заболевания с этой точки зрения освещен недостаточно. Так, гендерные аспекты психологической адаптации к первым приступам параноидной шизофрении представлены в единичных работах, проведенных на выборке пациентов с длительностью заболевания не более пяти лет с момента манифестации. (Ханько А.В., 2014). Не менее важным представляется изучение гендерных особенностей психологической защиты на выборке пациентов, у которых с момента манифестации шизофренического процесса прошло менее 1 года. Это позволит уже на ранних этапах заболевания осуществлять психологическую коррекцию при возможности апеллировать к относительно сохранным на начальных этапах заболевания личностным ресурсам.

В нашей работе освещаются гендерные особенности защитного поведения пациентов, страдающих параноидной шизофренией на инициальной стадии заболевания.

**Материал и методы.** Было обследовано 80 пациентов (41 мужчина, 39 женщин в возрасте от 18 до 39 лет) с клиническим диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ-10) при длительности заболевания с момента манифестации психоза до проведения обследования – не более 1 года. В рамках обследования применялась методика «Индекс жизненного стиля» (Вассерман Л.И. с соавт., 2005). На этапе математической обработки результатов исследования после вычисления первичных статистических характеристик была реализована процедура дисперсионного анализа.

**Результаты.** Были получены данные о статистически достоверном влиянии фактора половой принадлежности обследуемых на характеристики их защитного поведения. Так,



психологические защиты «отрицание» ( $p < 0,01$ ) и «компенсация» ( $p < 0,05$ ) на инициальном этапе параноидной шизофрении в большей степени выражены у мужчин.

**Обсуждение.** Полученные данные отражают свойственное пациентам мужского пола нежелание воспринимать фрустрирующие и вызывающие тревогу обстоятельства, связанные с диагностированным тяжелым психическим заболеванием, а также подсознательное стремление преодолеть возникшую фрустрацию путем, в частности, с помощью фантазирования. В связи с этим необходимо указать на данные Е.Р. Исаевой о том, что на ранних стадиях заболевания и при первой госпитализации для большинства пациентов характерны высокие показатели МПЗ «отрицание», что отражает нежелание пациентов принимать на себя роль больного, задумываться о тяжести и исходе заболевания (Исаева Е.Р., 2009).

**Выводы.** Предпринятое нами изучение гендерных аспектов защитного поведения пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении позволяет говорить о большей степени выраженности МПЗ «отрицание» и «компенсация» у пациентов-мужчин. Эти данные отражают свойственное пациентам мужского пола нежелание воспринимать ситуацию диагностированного тяжелого психического заболевания, а также подсознательное стремление преодолеть возникшую фрустрацию недостаточно продуктивными способами, что, несомненно требует проведения соответствующих психокоррекционных мероприятий.

**Г.В. Белова, Н.В. Будникова, С.Е. Ушакова, Т.С. Полятыкина**

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

#### **ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**G.V. Belova, N.V. Budnikova, S.E. Ushakova, T.S. Polyatykina**

Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russia

#### **CHARACTERISTICS OF PSYCHOLOGICAL PERSONALITY FEATURES OF PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENAL ULCUS**

**Актуальность.** Особенности клинических проявлений многих заболеваний, характер течения, эффективность лечения и приверженность к нему во многом зависят от личностных особенностей пациента.





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

**Цель исследования:** изучить психологические особенности личности больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки (ЯБДПК) и их взаимосвязь с особенностями течения заболевания.

**Материалы и методы:** обследованы 40 пациентов с язвенной болезнью (ЯБ), находящихся под диспансерным наблюдением у участкового врача-терапевта городской территориальной поликлиники. Среди обследованных 23 мужчин (57,5%) (средний возраст  $50,1 \pm 3,7$  года) и 17 женщин (42,5%) (средний возраст  $59,1 \pm 2,7$  года). ЯБЖ выявлена у 14 больных (35,0%), ЯБДПК – у 26 (65,0%). Впервые ЯБ выявлена у 25% больных (10 человек), давность заболевания до 5 лет у 20% (8 человек), до 10 лет у 30% (12 человек), давность заболевания более 10 лет – 25% (10 человек). Группу сравнения составили 20 здоровых лиц с отсутствием факторов риска развития ЯБ. С целью изучения психологического статуса всем больным ЯБ и здоровым лицам было проведено психологическое обследование с использованием теста СМОЛ (сокращенная методика обследования личности в модификации Собчик Л. Н.). На основании полученных результатов изучался профиль СМОЛ каждого больного и рассчитывался усредненный профиль в целом по группе, а также в зависимости от пола, локализации язвы и давности заболевания.

**Результаты:** усредненный профиль здоровых лиц больше соответствует линейному профилю, располагаясь в пределах 40-60 Т – баллов, относится к конкордантной норме и соответствует гармоничной личности. Ведущей шкалой в усредненном профиле здоровых лиц является 9 шкала (шкала оптимизма), что в целом соответствует высокому уровню жизнелюбия, уверенности в себе, позитивной самооценке. Усредненный профиль всей группы больных ЯБ также располагается в пределах 40-60 Т-баллов, отличаясь от усредненного профиля здоровых лиц более высокими показателями по шкалам 1 (шкала сверхконтроля), 2 (шкала пессимистичности), 3 (шкала эмоциональной лабильности), шкале 6 (шкала ригидности) и более низкими показателями по шкале 9 (шкала оптимизма) по сравнению со здоровыми лицами. При этом больные ЯБЖ отличались от здоровых лиц более высокими показателями только по шкале 6, в то время как больные ЯБДПК имели более высокие показатели по 1, 2, 3 и 6 шкалам. Однако ведущей в усредненном профиле больных ЯБ является 1 шкала. Подъем по первой шкале соответствует, как правило, психосоматической предрасположенности, а в «пикообразном профиле» эта шкала является основной составляющей «язвенного типа личности» и нередко отражает на психологическом уровне гастроэнтерологические проблемы. Наиболее высокие показатели шкал 3 (шкала эмоциональной лабильности) и 6 (шкала



ригидности) отмечены у больных с впервые выявленной ЯБ. При сравнительном анализе усредненных профилей СМОЛ здоровых лиц и больных язвенной болезнью в зависимости от локализации процесса, выявляется значительное отличие показателей 1,2,3 и 6 шкал при локализации язвы в 12-перстной кишке, и не имеют существенного отличия от здоровых лиц при локализации язвы в желудке. В усредненном профиле СМОЛ женщин, страдающих ЯБ, практически не имеет пиков, хотя есть тенденция к наклону профиля в невротическую сторону. Достоверных различий в показателях усредненного профиля СМОЛ у больных с длительным язвенным анамнезом (более 10 лет) и лиц группы сравнения не выявлено.

**Заключение:** выявленные личностные особенности у больных ЯБ по сравнению со здоровыми лицами, особенно в начальных стадиях заболевания, неизбежно отражаются на комплаентности больных и должны учитываться при выборе тактики ведения и лечения данной группы больных.

**Г.В. Белова**

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

**РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И  
ВНУРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ  
ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ  
БОЛЕЗНЬЮ**

**G.V. Belova**

Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russia

**THE ROLE OF PERSONAL PSYCHOLOGICAL FEATURES AND FAMILY  
INTERRELATIONS IN FORMATION OF ADHERENCE TO TREATMENT OF  
HYPERTENSIVE PATIENTS**

**Цель работы:** изучить влияние семьи, особенностей внутрисемейных отношений, психологические особенности личности больных гипертонической болезнью (ГБ) на формировании приверженности больных к лечению на амбулаторном этапе наблюдения.

**Материалы и методы:** нами обследовано 270 социально однородных семей больных ГБ. В исследование были включены 270 больных ГБ и 528 членов их семей, из них 270 супругов и





## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции

258 родственников (1 степени родства и не связанные с больным кровными узами), средний возраст больных -  $51,7 \pm 2,4$  года, средний состав семьи 3 - 4 человека, давность пребывания в браке более 20 лет ( $24,4 \pm 1,7$  года). Для изучения состояния семейного функционирования использовался опросник «Семейный АПГАР», составленный для оценки 5 основных функций семьи: адаптация, разрешение проблем, партнерство, рост, духовное общение, для оценки общей семейной удовлетворенности, нервно-психического напряжения в семье и внутрисемейной тревожности использовались тесты «Типовое семейное состояние» и «Внутрисемейная тревога. С целью изучения психологического статуса всем больным ГБ и членам их семей было проведено психологическое обследование с использованием теста СМОЛ (сокращенная методика обследования личности в модификации Собчик Л.Н.). Психологическое тестирование проводилось всем членам семьи с 15-летнего возраста.

**Результаты:** 71 больной ГБ (26,2%) (I группа больных) оценили свои семьи как плохо функционирующие, требующую немедленного вмешательства (при сумме баллов теста «Семейный АПГАР» < 4), 129 человек (47,7%) (2 группа больных) оценили свою семью как хорошо функционирующую (при сумме баллов 7-10). В I группе больных ГБ отмечены более высокие уровни внутрисемейной тревоги, внутрисемейной усталости и общей неудовлетворенности семейной жизнью. Частота неудовлетворенности семейными отношениями у больных увеличивалась с повышением уровня АД. Наиболее высокие показатели АД зарегистрированы в I группе больных), расценивших свою семью, как требующую немедленного вмешательства (САД  $179,2 \pm 0,4$ , ДАД -  $108,4 \pm 0,87$  мм рт.ст.) по сравнению с группой больных, считающих свою семью хорошо функционирующей (уровень САД составил  $151,2 \pm 1,1$ , ДАД -  $94,0 \pm 0,6$  мм рт.ст.). В усредненном профиле теста СМОЛ больных ГБ I отмечалось повышение по шкале 2 (шкала пессимизма) до  $69,7 \pm 1,3$  Т баллов, шкале 3 до  $70,3 \pm 0,2$  Т-баллов (шкала эмоциональной лабильности) и шкале 7 (шкала внутренней тревожности) до  $73,1 \pm 1,2$  Т балла, что подтверждает высокий уровень невротизации и тревожности. Все члены семьи больных ГБ I группы ценили свою семью, как плохо функционирующую, требующую немедленного вмешательства в 54,95 (37 семей), все члены семьи признали ее хорошо функционирующей в 45,1 (32 семьи). Во II группе больных все члены семьи оценили семью, как хорошо функционирующую в 78 случаях (60,4%), как плохо функционирующую, требующую немедленного вмешательства только в 12 случаях (9,3%). Сравнительный анализ эффективности проводимой терапии выявил следующие данные: наиболее низкая эффективность лечения выявлена в I группе больных

## IV ЕЖЕГОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ Тезисы и материалы конференции



ГБ. При этом отказ от регулярного приема препаратов отмечен в 90% (64 больных АГ), в 91,5% (96 больных) выявлен отказ от выполнения нефармакологических рекомендаций врача, в то время как во II группе этот показатель составил 37,9% (49 больных ГБ) и 41,8% (54 больных) соответственно. Частота обращений к врачу по поводу повышения АД в I группе больных ГБ была в 3,4 раза чаще.

**Заключение:** полученные данные свидетельствуют о влиянии внутрисемейных взаимоотношений на приверженность больного к лечению и его эффективность, требуют дальнейшего изучения и разработки мер по коррекции выявленных нарушений.





## ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

### А

Абрамов В.А. – 19  
Абросимов И.Н. – 69  
Аведисова А.С. – 21  
Адмаева С.В. – 58  
Аклеев А.В. – 61, 71  
Амплесев А.К. – 58

### Б

Бабарахимова С.Б. – 31, 76  
Бартош Т.П. – 85  
Басинская И.А. – 35  
Беженарь Н.В. – 35  
Белова Г.В. – 91, 93  
Бочаров В.В. – 88  
Бровченко К. – 41  
Будза В.Г. – 66  
Будникова Н.В. – 64, 68, 91

### В

Вишняков Ю.В. – 18  
Волкова Е.В. – 58  
Восколович Е.Ю. – 55, 56

### Г

Гелда А.П. – 25  
Герасимчук М.Ю. – 40

### Д

Десятниченко И.В. – 18  
Дубицкая Е.А. – 75

### Е

Ерзин А.И. – 29, 86

### З

Зальмуниин К.Ю. – 49  
Замараева Е.В. – 83  
Зуйкова Н.А. – 43

### И

Игумнов С.А. – 25  
Искандарова Ж.М. – 31, 76

### К

Кантина Т.Э. – 61, 71  
Кардашян Р.А. – 52  
Колгашкин А.Ю. – 47  
Кононова Д.А. – 78  
Кочегуров В.В. – 55, 56  
Кулешова Е.О. – 34  
Куликова О.С. – 90

### Л

Лещенко Л.В. – 34  
Литвинчук Е.А. – 61

### М

Марачев М.П. – 21  
Медведев В.Э. – 32

### Н

Надеждин А.В. – 47, 50  
Нафиков А.Р. – 59  
Некрасова С.В. – 43  
Носачев И.Г. – 46  
Носачев Г.Н. – 23, 46

### П

Павлова С.В. – 43  
Паньков В.П. – 59  
Полятыкина Т.С. – 91  
Протопопова К.В. – 81  
Пшеничникова Т.С. – 64

### Р

Романенко И.А. – 68  
Ряполова Т.А. – 19

### С

Семенова Т.С. – 29, 86  
Соколов Е.Ю. – 81  
Строганов А.Е. – 34

### Т

Тетенова Е.Ю. – 47

### У

Усова А.А. – 16  
Уткин Ю.А. – 58  
Ушакова С.Е. – 64, 68, 91

### Ф

Федоров М.В. – 47  
Фомин А.А. – 81  
Фомин Ф.А. – 73

### Х

Халилов М.А. – 35

### Ц

Чалая Е.Б. – 66  
Чалая И.В. – 66  
Чалый В.А. – 66  
Чебан А.Ю. – 61  
Черенков А.А. – 59  
Чернова Н.С. – 64  
Чуркина А.М. – 16

### Ш

Шаикрамов Ш.Ш. – 31, 76  
Шишкова А.М. – 88  
Шпак А.В. – 35

### Я

Якимец А.В. – 35