

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ

VI Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической  
конференцией  
«ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И  
ПСИХОТЕРАПИИ: ОТ КЛИНИКИ К ЛЕЧЕНИЮ»

(Москва, 13 октября 2018 г.)

Сборник тезисов

Москва  
2018

СБОРНИК ТЕЗИСОВ VI Ежегодного психиатрического Форума с научно-практической конференцией «ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ: ОТ КЛИНИКИ К ЛЕЧЕНИЮ» - Москва: ООО «СИНАПС», 2018 – 60 стр.  
ISBN 978-5-9909002-5-7

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

ISBN 978-5-9909002-5-7

© ООО «СИНАПС», 2018

© Авторы, 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

### Психиатрия

<b>Абдуллаева В.К., Ирмухамедов Т.Б.</b> Особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами .....	6
<b>Алтухова Н.Ю., Деменина С.Н., Клименко Е.А.</b> Предикторы формирования депрессивных расстройств в позднем возрасте .....	8
<b>Аркуша И.А., Аведисова А.С.</b> Распространенность тревожного расстройства сепарации у взрослых .....	11
<b>Дубровская В.В., Корнетова Е. Г.</b> Прогнозирование развития висцерального ожирения у больных шизофренией, получающих антипсихотическую терапию .....	13
<b>Смирнов О.Р.</b> Дифференцированный скрининг когнитивных нарушений при деменциях позднего возраста .....	15
<b>Шмакова О.П.</b> Детско-подростковые сочетанные формы психических заболеваний .....	17

### Наркология

<b>Богатырева Н.Л.</b> Эффективность медицинской профилактики аддиктивного поведения среди сотрудников органов внутренних дел .....	20
<b>Богданов С.И., Акимова М.А., Абдиева Ю.А.</b> Новые подходы к группированию амбулаторных больных алкоголизмом с целью дифференциации и индивидуализации их лечения .....	22
<b>Вертугина Е.А.</b> Клинико-психологический анализ зависимости от психоактивных веществ .....	24
<b>Носачев Г.Н., Носачев И.Г.</b> Наркология или аддиктология: больше общего или различного? .....	26
<b>Черенков А.А., Уваров И.А., Баранова Г.А., Обухов Н.Г.</b> Симптоматическая терапия при delirium tremens .....	28

### Психотерапия

<b>Баева А.С., Захарова Н.М.</b> Опыт применения краткосрочной психотерапии у пострадавших в ЧС .....	31
---	----

<b>Задорожная О.В., Румянцева Н.Д., Вакула И.В., Худикова Е.Т.</b> Арт-терапевтическая Эрмитажная программа в комплексе реабилитационных мероприятий у больных шизофренией .....	33
<b>Мелёхин А.И.</b> Специфика и эффективность применения когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении синдрома ночной еды .....	35
<b>Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.</b> Необходимо ли выделения психотерапевтического метода? .....	37
<b>Овчинникова И.В.</b> Психотерапевтическое сопровождение женщин с онкопатологией молочной железы .....	39

### **Психосоматика**

<b>Завьялов А.Б., Молоковская Е.А., Хяникяйнен И.В.</b> Психологический симптоматический статус у больных с двусторонней сенсоневральной тугоухостью .....	42
<b>Леонова А.В.</b> Распространенность и характер факторов риска возникновения задержки речевого развития у детей .....	44
<b>Северова Е.А., Охапкин А.С., Даутова М.А.</b> Распространенность и особенности тревожных расстройств в соматическом стационаре .....	46

### **Клиническая психология**

<b>Арпентьева М.Р.</b> Проблема понимания в современной консультативной психологии и психотерапии .....	49
<b>Бойко О.М.</b> Соотношение уровня враждебности и характера использования интернет-технологий у мужчин, страдающих психическими заболеваниями .....	51
<b>Стрельчenea Е.В., Кутас Э.А.</b> Взаимосвязь защитных механизмов личности и уровня субъективного контроля у менеджеров .....	53
<b>Туровская Н.Г., Кондратович А.В., Туровская О.Д.</b> Возможности сказкотерапии в психодиагностике социальной ситуации развития ребенка с личностным расстройством: анализ клинического случая .....	55

**Абдуллаева В.К., Ирмухамедов Т.Б.**  
**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С**  
**АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии,  
медицинской психологии и психотерапии,  
Психиатрическая клиническая больница города Ташкента*

**Abdullaeva V.K., Irmukhamedov T.B.**  
**FEATURES OF EMOTIONAL SPHERE IN CHILDREN WITH AUTISTIC**  
**DISORDERS**

*Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, medical  
psychology and psychotherapy  
Psychiatric Clinical Hospital of Tashkent City*

**Актуальность.** Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет. Это особенно важно для детей, страдающих аутизмом. Исследования, последовательно развивающие данное направление, показали, что характерные нарушения развития всех психических функций при детском аутизме (первизивные нарушения развития) связаны с первичной дефицитностью аффективной сферы. Описаны наиболее характерные варианты аутистического дизонтогенеза, отражающие трудности формирования базовых механизмов аффективной организации поведения и сознания (О.С. Никольская, 2005).

**Цель исследования** - изучить клинико-психологические особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами.

Материал и методы исследования. В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента (ГДПНЦ). Для сравнения была сформирована контрольная группа, которая включала в себя

45 здоровых детей (28 мальчиков). В исследовании применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

**Результаты исследования и обсуждение.** Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Сравнительный анализ эмоциональной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности малыша в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, менять их знак, постепенно усложнять их структуру. Недостаточность, отсутствие или искаженность ориентации ребенка на эмоциональную оценку близкого взрослого приводит к тому, что ограниченные позитивные впечатления остаются для него слишком возбуждающими и быстрее вызывают пресыщение, нейтральные не начинают привлекать внимание. В контрольной группе особенности эмоциональной сферы связаны с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка, которое происходит под эмоциональным контролем взрослого. При синдроме аутизма ограниченность возможностей саморегуляции ребенка, выраженная тенденция преобладания негативной избирательности приводят к патологическому развитию его индивидуальных аффективных механизмов адаптации.

**Выводы.** Таким образом, можно сделать заключение о нарушении развития эмоциональной сферы и адаптивного поведения детей с

аутистическими расстройствами о дефицитности условий становления его собственного положительного опыта жизни в окружающей среде и при меняющихся обстоятельствах. Аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

**Алтухова Н.Ю., Деменина С.Н., Клименко Е.А.**  
**ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ**  
**РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ**

*ФГАОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»,  
медицинский институт, кафедра психиатрии и медицинской  
психологии, г. Москва, Россия*

*ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13» ДЗМ*

**Altukhova N.U., Demenina S.N., Klimenko E.A.**  
**PREDICTORS OF FORMING DEPRESSIVE DISORDERS AT LATER**  
**AGE**

*FGAOU VPO «Peoples' Friendship University of Russia», Medical Institute,  
Department of Psychiatry and Medical psychology, Moscow, Russia*

*GBUZ «Mental hospital №13» DZM*

**Актуальность.** Аффективные расстройства в настоящее время являются одними из наиболее распространенных заболеваний в мире. По данным ВОЗ, число больных аффективными расстройствами позднего возраста в общемировой популяции постоянно увеличивается, отражая стабильный рост аффективной заболеваемости одновременно с «постарением населения». Возрастное изменение структуры депрессивных синдромов снижает достоверность оценок стандартизированных психометрических шкал, затрудняя проведение диагностических обследований. Значимой причиной гиподиагностики поздних депрессий является

распространенное ошибочное мнение о принадлежности симптомов депрессии к «психологической норме» старения.

**Цель.** Установление факторов риска в формировании депрессивных расстройств позднего возраста.

**Материал и методы исследования.** Работа проводилась на базе женского отделения ГБУЗ ПБ №13 г. Москва. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 32 больных с депрессивными расстройствами. Критериями включения были: 1) возраст 60 лет и старше; 2) наличие депрессивных расстройств на момент стационарирования.

**Результаты.** Соматические факторы были представлены хроническими соматическими заболеваниями в качестве предрасполагающего и провоцирующего фактора. Фактор «внезапное начало соматического заболевания» 50% больных назвали провоцирующим для развития депрессивного состояния. Поздний возраст рассматривается как независимый предиктор коморбидности психических и соматоневрологических нарушений. Взаимосвязи между соматическими и психическими нарушениями чрезвычайно сложны и нередко делают невозможной дифференциальную диагностику или установление причинно-следственных связей при психических нарушениях позднего возраста.

Среди социальных факторов были выявлены: смерть близкого человека, семейные конфликты, дефицит активного досуга. Тягостное переживание смерти своего супруга/супруги достаточно распространено и нередко становится причиной болезни. Депрессия, суицидальные попытки, тревога и симптомы «осложненного» горя числятся среди наиболее важных психиатрических осложнений при подобных обстоятельствах. Осложнения могут представлять собой, в частности, формы патологических реакций на стресс, вызванных переживанием



тяжелой утраты. В некоторых исследованиях отмечается, что депрессивные симптомы при нормальном переживании тяжелой утраты редко проявляются после нескольких недель и что количество депрессивных симптомов, остающихся через месяц после утраты, является одним из сильнейших предикторов депрессии. Также авторы обнаружили, что пик депрессии и симптомов осложненного горя приходится на шесть месяцев после утраты, но впоследствии степень проявления симптомов депрессии снижается.

Среди психических факторов отмечались: гедонизм, чрезмерная эмоциональность в виде несдержанности в проявлении эмоций, ослабление контроля над проявлением аффекта, пассивное поведение и избегание. Пассивное поведение проявлялось в отказе от достижения поставленных целей, ограниченности потребностей, отсутствии амбиций. Часто пациенты отмечали, что подобная модель поведения характерна для них уже на протяжении многих лет. Больные указывали на неоднократные неудачные попытки изменить режим дня, контролировать переедание, соблюдать диету, отказаться от спиртного, табака и т.п. В большинстве случаев на момент обследования отмечалось депрессивное сужение спектра бытовых удовольствий.

**Заключение.** Таким образом, факторами риска формирования депрессивных состояний позднего периода явились - социальные: потеря близкого человека, семейные конфликты, дефицит активного досуга; соматические: наиболее значимое хроническое соматическое заболевание в качестве фактора «почвы» и триггера; психические: гедонизм, чрезмерная эмоциональность, пассивное поведение и избегание.

**Аркуша И.А., Аведисова А.С.**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА  
СЕПАРАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ**

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России*

**Arkusha I.A., Avedisova A.S.**

**PREVALENCE OF ADULT SEPARATION ANXIETY DISORDER**

*Federal State Budgetary Institution « V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology» of the Ministry of Health of the Russian Federation*

**Актуальность.** Включение в DSM-V и в проект МКБ-11 новой диагностической категории - тревожного расстройства сепарации у взрослых (TPC), требует получения данных о ее распространенности в российской популяции.

**Цель исследования.** Оценка распространенности TPC у взрослых в амбулаторной психиатрической сети.

**Материалы и методы.** На первом этапе исследования с использованием самоопросника сепарационной тревоги взрослых (ASA-27) обследовано 344 человека старше 18 лет, обратившихся в консультативно-поликлиническое отделение ГБУЗ «Научно-практического психоневрологического центра им. В.В. Соловьева ДЗМ» ( $\geq 22$  баллов свидетельствовали о наличии симптомов TPC). На втором этапе исследования проводилась верификация диагноза с применением клинико-психопатологическое метода, структурированного клиническое интервью для симптомов сепарационной тревоги (SCI-SAS), мини-международного нейропсихиатрического интервью (MINI), опросников качества жизни и удовлетворенности (QLES-Q) и «Опыта близких отношений» (ECR). Анализ данных проводился в программе SPSS Statistics 23.

**Результаты.** В соответствии с результатами первого этапа исследования 83 пациента (24,12%) имели отдельные симптомы TPC. Более детализированный клинико-психопатологический анализ этих

пациентов, а также использование SCI-SAS позволило оценить распространенность ТРС у взрослых в 4,9% (17 респондеров), что соответствует данным зарубежных авторов.

Средний возраст пациентов с ТРС -  $38,3 \pm 11,9$ , 11,8% составляли мужчины, 88,2% - женщины. 70,6% исследуемых состояли в браке, 29,4% были холосты/не замужем. Большинство больных 76,5% имели высшее образование, 17,6% - среднее специальное, 5,9% пациентов имели ученую степень. Более половины опрошенных работали (64,7%), 29,4% - временно не трудоустроены, 5,9% - пенсионеры.

64,7% пациентов сообщали о манифестации ТРС в детском возрасте. При этом объект привязанности сохранялся неизменным в 36,4% случаев. У 35,3% пациентов зарегистрировано ТРС без «детского» анамнеза, а начало ТРС приходилось на  $31,16 \pm 6,73$ . У большинства пациентов (88,2%) был один объект привязанности: у 47,1% объектом привязанности являлись дети, у 29,4% - партнеры, у 17,6% - родители и супруги. В 11,8% случаев привязанность сформирована к нескольким лицам. Среди опрошенных преобладал (66,7%) тревожно-озабоченный стиль привязанности, реже встречались надежный и избегающе-опасающийся стили. Преципитирующие факторы ТРС обнаружены у 52,9% в виде болезни близкого человека, его переезда в другой город, временного отсутствия, окончания романтических отношений и измены со стороны партнера.

Данные о сопутствующих расстройствах (MINI) свидетельствуют о 100% коморбидности ТРС: с аффективными (52,9%), тревожными (41,2%) и шизотипическими (5,9%) расстройствами. У всех пациентов отмечалось снижение качества жизни и удовлетворенности в среднем на 44,4%.

**Заключение.** Получены данные о высокой распространенности ТРС среди взрослых амбулаторных пациентов. В большинстве случаев ТРС у взрослых являлось продолжением ТРС у детей. Отмечена 100% коморбидность ТРС с тревожными, аффективными и

шизотипическими расстройствами, а также значительное снижение качества жизни пациентов.

**Дубровская В.В., Корнетова Е. Г.**

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ  
У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ  
АНТИПСИХОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ**

*Научно-исследовательский институт психического здоровья,  
Томский национальный исследовательский медицинский центр  
Российской академии наук, Томск, Российская Федерация*

**Dubrovskaya V.V., Kornetova E.G.**

**FORECASTING THE DEVELOPMENT OF VICCERIAL OBESITY IN  
PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA RECEIVING ANTIPSYCHOTIC  
THERAPY**

*Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical  
Center of Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia*

**Актуальность.** Повышение массы тела является наиболее частым нежелательным явлением, возникающим при приеме атипичных антипсихотических препаратов. Наиболее прогностически неблагоприятным является развитие ожирения висцерального типа, что сопряжено с высоким риском кардиологических и метаболических нарушений.

**Цель.** Изучить прогностическую роль соматической половой дифференциации в развитии висцерального ожирения у больных шизофренией, принимающих антипсихотическую терапию,

**Материалы и методы.** Обследовано 56 пациентов с шизофренией с давностью заболевания не менее года, получающих стационарное лечение на базе клиник НИИ психического здоровья, Томского НИМЦ, 33 (58,9%) из которых получали базисную терапию рисперидоном, а 23 (41,1%) – кветиапином не менее 6 недель. Средний возраст больных, принимавших кветиапин составил  $33,6 \pm 7,7$ , рисперидон -  $34,8 \pm 8,2$  ( $p > 0,05$ ). Пациенты обеих подгрупп

вели примерно одинаковый малоподвижный образ жизни и имели примерно одинаковый рацион питания, а также не имели достоверных статистических различий по полу, возрасту манифестации, социальному статусу. Средний общий балл PANSS в подгруппе кветиапина составил  $96,9 \pm 14,6$ ; в подгруппе рисперидона –  $92,2 \pm 19,3$  ( $p > 0,05$ ). При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации. Оценка состава тела проводилась методом биоимпедансометрии при помощи монитора состава тела Omron BF508, измерение роста осуществлялось опорным ростомером, биакромиального и бикристалльного диаметров – большим толстотным циркулем с последующим вычислением индекса Tanner, определяющим соматическую половую дифференциацию. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica for Windows (V. 10.0).

**Результаты.** В обеих подгруппах не было достоверных различий по уровню висцерального жира по данным биоимпедансометрии. Была выявлена сильная прямая корреляция между уровнем висцерального жира и индексом Tanner в подгруппе кветиапина, так, чем выше уровень индекса Tanner, тем выше вероятность развития висцерального ожирения ( $r=0,77633$ ,  $t=4,08481$ ,  $p=0,00181$ ), в подгруппе рисперидона выявлена средняя прямая корреляция ( $r=0,48133$ ,  $t=2,39256$ ,  $p=0,02716$ ). Эти показатели свидетельствуют о влиянии костной компоненты состава тела на закономерности жировоголожения.

**Заключение.** Определение индекса Tanner перед назначением базисной терапии антипсихотиком у пациентов с шизофренией позволяет идентифицировать соматическую половую дифференциацию как прогностический фактор развития висцерального ожирения. В связи с высоким риском развития ожирения в процессе антипсихотической терапии, а также сопряженных с этим риском последствий, важно учитывать как различное влияние разных препаратов на данные показатели при выборе долгосрочной терапии, так и антропометрические

характеристики пациентов, в частности соматическую половую дифференциацию.

Исследование выполнено при поддержке гранта РНФ 18-15-00011.

**Смирнов О.Р.**

### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ СКРИНИНГ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

**Smirnov O.R.**

### **DIFFERENTIAL SCREENING OF COGNITIVE DISTURBANCES IN DEMENTIA OF LATE LIFE**

*Moscow Institute of Psychiatry – the division of FGBU «NMICPN im. V.P.Serbsky», Moscow*

**Актуальность.** Изучение факторов, влияющих на характер и степень когнитивных нарушений, необходимо для выработки принципов комплексной оценки психического статуса дементных больных с возможностью сопоставления когнитивных и некогнитивных психопатологических расстройств у них, с учётом их взаимного влияния и выделения ведущей психопатологии. Ввиду отсутствия подходящих психометрических инструментов (шкала ADAS-cog/nopscog применима только при болезни Альцгеймера (БА) и неудобна в использовании), необходимо продолжать исследования в этом направлении. Возможно, одним из полезных инструментов может стать Шкала оценки тревожных состояний (ШОТС), разработанная и валидизированная отечественными исследователями (Смирнов О.Р., 2017, Смирнов О.Р. с соавт, 2017).

**Цель.** Изучить влияние нозологии, а также тревоги и других некогнитивных психических расстройств на познавательные функции при деменциях позднего возраста.

**Материал и методы.** В исследование были включены 29 стационарных пациентов БА – 21 больной; смешанной деменцией

(СД) – семь пациентов и васкулярной деменцией (ВД) – один больной. В качестве психометрических инструментов использовались MMSE и ШОТС. Благодаря применению ШОТС, можно было попытаться решить поставленные задачи даже на группе, где преобладали пациенты с БА. С помощью указанного инструмента оценивалась выраженность некогнитивных симптомов, характерных для первично-дегенеративных заболеваний (субшкала ПД): тревожные блуждания и ажитация, тревожное напряжение, благодушие, первичная апатия, маломасштабный бред ущерба или указывающих на возможное цереброваскулярное заболевание (субшкала ЦВЗ): гипотимия, не связанная с тревогой и тревожные сердечно-сосудистые симптомы.

**Результаты.** Суммарные баллы по тем пунктам MMSE, которые отражали «Ориентировку», «Внимание, удержание и воспроизведение» положительно коррелировали с баллами по субшкале ШОТС «ЦВЗ» ( $r=0,557$ ,  $p=0,002$  и  $r=0,438$ ,  $p=0,018$ , соответственно). Это совпадало с общим клиническим впечатлением об относительно лучшей сохранности указанных функций в случаях лакунарной деменции.

Для более точной оценки других взаимосвязей больные были разделены по нозологиям (уменьшалась вероятность влияния латентной сопутствующей психопатологии). При БА суммарные баллы по субшкале языковых навыков MMSE (пп. 6-10) отрицательно коррелировали с баллами по субшкале тревоги ШОТС ( $r= -0,449$ ,  $p=0,041$ ). Ещё большая отрицательная корреляция была выявлена между ними и суммарным баллом, отражающим выраженность астении, гипотимии и апатии ( $r= -0,679$ ,  $p=0,001$ ).

При СД общий балл ШОТС отрицательно коррелировал с баллом по субшкале оптико-пространственных нарушений ( $r= -0,791$ ,  $p=0,034$ ), что могло объясняться общей тяжестью состояния. Но ещё более выраженная отрицательная корреляция с общим баллом субшкалы тревоги ШОТС ( $r= -0,936$ ,  $p=0,002$ ) указывала на довольно отчетливое влияние этой патологии на уровень оптико-пространственных нарушений.

**Заключение и выводы.** Полученные данные указывают на возможность использования ШОТС в качестве вспомогательного психометрического инструмента, применение которого, вместе с тестированием с помощью MMSE, позволяет проводить дифференцированный скрининг когнитивных нарушений при деменциях позднего возраста.

**Шмакова О.П.**

### **ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВЫЕ СОЧЕТАННЫЕ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва*

**Shmakova O.P.**

### **CHILDREN-TEENAGE COMBINED FORMS OF MENTAL ILLNESSES**

*The Mental Health Research Center, Moscow*

**Актуальность.** Проблемы коморбидности детско-подростковых психических заболеваний мало изучены и недостаточно освещены в литературе; сочетание нескольких психических болезней у одного пациента нередко сопровождается трудностями диагностики и терапии; поэтому изучение обсуждаемых расстройств актуально. К сочетанным формам, изученным нами, отнесены те, что проявлялись наличием у одного больного нескольких психических недугов, обусловленных воздействием причин патогенетически не связанных друг с другом.

**Цель:** установление распространённости сочетанной психической патологии среди детей и подростков; изучение клинической картины и длительной клинической динамики течения этих болезней вплоть до достижения больными молодого взрослого возраста.

**Материал и методы.** Пациенты, отобранные по году рождения (1990-1992 г.р.), наблюдавшиеся в психоневрологическом диспансере (ПНД) №21 г. Москвы, прослежены проспективно в два этапа: 1) осмотр при первичном обращении в детстве и



подростковом возрасте и наблюдение до 17 лет 11 мес. (1993-2007 г.г.); 2) катamnестическое прослеживание с 18 до 23-25 лет (2008-2015 г.г.). Число первично взятых под наблюдение детей - 1203; мальчиков - 914(76%), девочек - 289(24%) (м:ж  $\approx$  3:1). Суммарная длительность наблюдения: 5 - 20 лет (в ср.:  $11,24 \pm 4,6$  г.). Методы: клинико-психопатологический, катamnестический.

**Результаты.** Из 1203 прослеженных у 210 (17,5%) на протяжении наблюдения за ними в детско-подростковом возрасте выявлялась сочетанная психическая патология: в целом реже, нежели у взрослых больных (общая встречаемость сочетанных форм психических заболеваний во взрослом контингенте ПНД по данным Б.Н. Пивеня (2003; 2013) находится в интервале от 20% до 40% от всех наблюдаемых). К наиболее распространённым видам расстройств, сочетавшихся с основным, относились органические (83 чел.), рано манифестировавшие зависимости (68 чел.). На протяжении несовершеннолетия основное заболевание чаще так и оставалось ведущим, второе – относительно компенсированным, модифицировавшим симптомы основного, влиявшим на состав и переносимость терапии. Клиническая картина включала в себя признаки нескольких заболеваний, симптомы которых либо сосуществовали (при доминированием одной из болезней или их паритете), либо по очереди обострялись (феномен описан Б.Н. Пивенем как «чередование доминирования»). И в одном, и в другом вариантах клиническая картина характеризовалась ещё большим полиморфизмом, чем это характерно для детей и подростков (накладывался не только возрастной фактор, но и сочетание нескольких болезней).

В возрасте 23-25 лет прокатamnезировано 198 больных (м.- 148; ж.- 50), 12 – выбыло по разным причинам. Основная масса наблюдавшихся в детстве с микстовыми формами патологии (157 человек) обнаруживала признаки двух и более болезней и на момент катamnеза. У 41 чел. (21% от 198), сочетавшаяся с основной симптоматика нивелировалась.

**Выводы.** Сочетанные психические болезни в детско-подростковой популяции явление нередкое (17,5% наблюдений от всех несовершеннолетних, наблюдаемых в ПНД). К наиболее распространённым видам расстройств, сочетающихся с иными, относятся органические психические и рано манифестирующие зависимости. По достижении взрослого возраста у большинства наблюдаемых сохраняются клинические проявления нескольких психических болезней (тенденция к коморбидному течению сохраняется на протяжении многих лет).

**Богатырева Н.А.**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ  
АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ  
ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

*ФКУЗ «МСЧ МВД России по УР» г.Ижевск*

**Bogatyрева N.L.**

**THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL PREVENTION OF ADDICTIVE  
BEHAVIOR AMONG POLICE OFFICERS**

*Federal public health institution «Medical and sanitary part of the  
Ministry of internal Affairs of Russia in the Udmurt Republic»*

**Актуальность.** Употребление психоактивных веществ (ПАВ) сотрудником полиции или формирование зависимости может пагубно влиять на здоровье и являться основой для вовлечения такого сотрудника в криминальные структуры. Половина зарегистрированных суицидов и каждый восьмой дисциплинарный проступок сотрудников ОВД связаны с употреблением алкоголя. В период 2014-2018 гг. в МВД России по Удмуртской Республике проводится работа по профилактике аддиктивного поведения. В план диспансеризации включено химико-токсикологическое исследование на содержание наркотических веществ и этилглюкуронида в биологических жидкостях.

**Цель:** оценить эффективность медико-профилактических мероприятий путем изучения динамики распространенности и особенностей употребления ПАВ среди прикрепленного контингента за период 2014-2018 года.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 135 сотрудников МВД по Удмуртской Республике (119 мужчин и 16 женщин) со средним стажем службы - 7,1 лет. Составлена эпидемиологическая характеристика употребления ПАВ, проведен сравнительный анализ

данных с результатами аналогичного исследования за 2014г. Соблюдались нормы биоэтики.

**Результаты.** Знают о вреде употребления алкоголя 93,3% опрошенных сотрудников ОВД, 1,5 % не считают употребление вредным.

Средний возраст начала употребления алкоголя для мужчин - 17,5 лет, для женщин 16,7 лет. Тенденция к снижению возраста первой пробы среди мужчин сохраняется. В настоящее время иногда употребляют алкоголь 77% сотрудников ОВД (80,7% мужчин и 50% женщин), что на 3,75 % меньше, в сравнении с 2014г., более половины респондентов употребляют алкоголь не чаще 1-2 раз в месяц. Среди лиц женского пола употребление алкоголя снизилось на 15%.

Изменились предпочтения в выборе алкогольных напитков. Крепкие напитки выбирают на 7,6% меньше, чем в 2014г. Растет популярность слабоалкогольных напитков: пиво предпочитают 51,2% мужчин и 12% женщин, легкие вина - около 23%, независимо от пола. В сравнении с показателями 2014г. сформировано отрицательное отношение к готовым алкогольным коктейлям.

Анализ встречаемости измененных форм потребления показал наличие у 4,2% мужчин начальных разрозненных симптомов изменения реактивности (эпизодически возникающие желание выпить, похмелье или чувство вины после алкогольного эксцесса). Показатель потенциального риска развития алкогольной аддикции (с учетом рекомендаций ВОЗ по нормам употребления алкоголя) среди мужчин составил менее 1 %, снизился вдвое за исследуемый период. Отрицают употребление наркотиков в период службы в ОВД 100% анкетированных. С 5% до 1,48% уменьшилась доля лиц, имеющих однократный опыт употребления наркотических средств в возрасте 17-18 лет. Скрытый интерес к первой пробе наркотических веществ снизился с 3,8% до 0,7%.

**Выводы.** Медико-профилактические мероприятия, направленные на предотвращение употребления ПАВ сотрудниками ОВД, доказали свою эффективность и своевременность.

Выявление отдельных симптомов изменения реактивности, а также скрытого интереса к первой пробе - показывает необходимость строгого медицинского контроля и ежегодного наркологического скрининга.

**Богданов С.И., Акимова М.А., Абдиева Ю.А.**

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ГРУППИРОВАНИЮ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ И ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург*

**Akimova M.A., Bogdanov S.I., Ablieva Yu.A.**

**NEW APPROACHES TO THE GROUPING OF OUTPATIENTS WITH ALCOHOLISM IN ORDER TO DIFFERENTIATE AND INDIVIDUALIZE THEIR TREATMENT**

*Urals State Medical University, Yekaterinburg, Russia*

**Актуальность.** В связи со значительной распространенностью алкогольной патологии особую значимость в настоящее время приобретает углубленное изучение диспансерных больных алкоголизмом для выявления факторов, влияющих на продолжительность ремиссии и на прогноз течения заболевания.

**Цель исследования:** разработать новые подходы к группированию больных алкоголизмом на амбулаторном этапе оказания специализированной медицинской помощи на основе определения уровня когнитивного ресурса и прогноза результатов лечения.

**Материалы и методы исследования.** Группа исследования включала 76 больных с алкоголизмом, 72% мужчин и 28% женщин, средний возраст  $41,3 \pm 1,1$  г. Использовалась самооценочная рейтинговая прогностическая Шкала DRCS (Drinking-Related Cognitions Scale). Статистическая и аналитическая обработка материалов проводилась посредством SPSS 17 и Statistica 7.

**Результаты.** Применение кластерного анализа позволило разделить исследуемых больных алкоголизмом на 3 группы в соответствии с наиболее значимыми для каждой из них признаками. Критериями распределения больных на группы являлись: возраст, стаж злоупотребления алкоголем, максимальная суточная толерантность к алкоголю, итоговый суммарный балл по шкале DRSC. Первая группа была представлена молодыми пациентами с высоким уровнем когнитивного ресурса, и благоприятным прогнозом течения заболевания ( $32,9 \pm 8,2$  года); наименьшим по продолжительности стажем злоупотребления алкоголем ( $8,4 \pm 4,2$  лет); высоким уровнем максимальной суточной толерантности к алкоголю ( $32,0 \pm 6,8$  ст. ал. ед.); высокими итоговыми суммарными баллами по шкале DRSC ( $71,3 \pm 6,4$ ). Вторую группу составили больные с умеренно выраженным уровнем когнитивного ресурса и сомнительным прогнозом течения заболевания, со средним возрастом  $40,7 \pm 6,8$  лет, имеющих средний по продолжительности стаж злоупотребления алкоголем ( $10,2 \pm 5,4$  лет), наименьший уровень максимальной суточной толерантности ( $17,4 \pm 7,1$  ст. алк. ед.), промежуточные итоговые суммарные баллы по шкале DRSC ( $60,2 \pm 6,8$ ). В третью группу вошли больные с низким уровнем когнитивного ресурса и неблагоприятным прогнозом течения заболевания, составившие более старшую возрастную группу ( $51,4 \pm 6,6$  лет), с наиболее продолжительным стажем злоупотребления алкоголем ( $17,2 \pm 7,5$  лет), средним уровнем максимальной суточной толерантности ( $24,0 \pm 10,8$  ст. алк. ед), низкими итоговыми суммарными баллами по DRSC ( $49,4 \pm 6,2$ ). Авторами введено понятие «адаптивное поведение» больного алкоголизмом, которое учитывает взаимосвязь уровня когнитивного ресурса и ожидаемого прогноза течения заболевания. У пациентов первой группы поведение расценивалось как адаптивное, у второй группы – мало адаптивное, у больных третьей группы – неадаптивное. Выявлена обратная связь возраста и стажа злоупотребления алкоголем с уровнем когнитивного ресурса у больных: чем старше возраст пациента и больше стаж

злоупотребления алкоголем, тем ниже уровень когнитивного ресурса у больных алкоголизмом.

**Заключение.** Предложенный авторами научно-обоснованный подход к группированию амбулаторных больных алкоголизмом с учетом уровня когнитивного ресурса и прогноза результатов лечения, открывает новые возможности для оптимизации и индивидуализации терапевтических подходов.

**Вертугина Е.А.**

### **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

*Центр психического здоровья, г.Алматы, Республика Казахстан*

**Vertugina E.A.**

### **CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

*U Center for Mental Health, Almaty, Republic of Kazakhstan*

**Актуальность.** Злоупотребление наркотическими средствами и алкоголем относится к числу высокозначимых социальных проблем. Если учесть, что наркотические средства и алкоголь потребляют в основном молодые люди до 25 лет, то становится понятной актуальность проблемы лечения и профилактики наркоманий и алкоголизма.

Объемы и распространенность алкоголизации и наркотизации, тяжесть и масштабы последствий и осложнений злоупотребления психоактивными веществами делают наркологическую ситуацию существенной угрозой общественному здоровью современных обществ.

**Цель исследования.** Изучение клинико-психопатологических особенностей проявления девиантных склонностей у лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

**Материалы и методы.** Охарактеризован контингент больных с депрессивными расстройствами в рамках зависимости от

психоактивных веществ, имеющих различные формы суицидального поведения с позиции биопсихосоциальной модели функционирования личности.

Выявлены клинические особенности депрессивных состояний, суицидального поведения и постсуицидальных состояний у больных с зависимостью от психоактивных веществ.

Изучен феномен самосознания и самоотношения личности в рамках проблемы зависимости от психоактивных веществ.

Совокупность представленных данных расширяет представления об этиопатогенезе зависимости от психоактивных веществ, аутоагрессивности и аутодеструкции.

**Результаты.** Знание клинико-психопатологических особенностей депрессивных состояний и суицидального поведения у больных с зависимостью от психоактивных веществ позволит улучшить превенцию суицидов.

Предложенные методы и подходы непосредственно направлены на коррекцию и купирование аутоагрессивных и аутодеструктивных тенденций у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ.

Полученные в ходе исследования результаты используются в диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятиях, проводимых с суицидентами и суицидоопасными пациентами на базе психоневрологических диспансеров.

**Выводы.** Изучение депрессивных состояний и суицидального поведения в настоящее время является одной из актуальных проблем психиатрии. Актуальность исследования аутоагрессивного поведения при алкоголизме и наркомании определяется рядом следующих обстоятельств: несмотря на многочисленные данные, свидетельствующие о тесной связи алкоголизма и наркомании и повышенной смертностью от насильственных причин (убийства, самоубийства, несчастные случаи), зависимость от ПАВ до сих пор не рассматривается всерьез как потенциально смертельное социальное заболевание.

У многих людей при чрезмерном употреблении алкоголя и состоянии опьянения повышается риск несчастных случаев, агрессии и



суицида в силу снижения способности к контролю своих побуждений и конструктивному мышлению. Алкоголь способствует краху когнитивных способностей, утрате гибкости мышления и возможности принимать альтернативные решения.

Актуальность исследования этой проблемы, помимо научного значения, диктуется и необходимостью решения практически значимых вопросов для диагностического отграничения и прогностической оценки, а также для разработки дифференцированных принципов оптимальной психотерапии.

**Носачев Г.Н., Носачев И.Г.**

### **НАРКОЛОГИЯ ИЛИ АДДИКТОЛОГИЯ: БОЛЬШЕ ОБЩЕГО ИЛИ РАЗЛИЧНОГО?**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»  
Минздрава России*

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

### **NARCOLOGY OR ADDICTOLOGY: MORE IN COMMON OR DIFFERENT?**

*Samara State Medical University*

В отечественной наркологии «возмутитель спокойствия» профессор В.Д. Менделевич последние два десятка лет выступает с рядом критических статей по синдрому «патологического влечения» к ПАВ, поведенческим расстройствам. Он продвигает новую парадигму: аддиктивное влечение, аддиктивное поведение, аддиктивная личность, объединенные в «новую» науку (субнауку, метанауку, раздел психиатрии) – аддиктологию (появилось «Руководство по аддиктологии» (2007), но философско-методологическая позиция автора не была полностью понятна до появления статьей 2016-2017 г.г. и проведения конференции в Казани в конце 2016 года «Современная психиатрия: постмодернистские тенденции и перспективы развития», где автор определил свою философскую позицию в психиатрии и ее разделе - наркологии (в качестве

спонсора конференции указан журнал «Психопатология и аддиктивная медицина»). По существу, поставлен основной вопрос – философско-методологический подход (направление) в рамках методологии и философии науки как направление будущего развития отечественной психиатрии и наркологии.

В «Руководстве по аддиктологии» ведущие психиатры-наркологи описали всю патологию влечений, избегая определений аддиктологии (науки, субнауки). В последующем исследователи существенно расширили классификации аддикций, вплоть до спортивных (Егоров А.Ю. с соавт., 2016).

Попробуем разобраться в поставленном вопросе и тенденциях отечественной наркологии. Во-первых, идет смена парадигмы, в основе которой, преимущественно на теоретическом уровне, – аддиктивные представления (аддиктивное влечение, аддиктивная медицина, аддикции). Во-вторых, философско-методологической основой выбран постмодернизм, достаточно широко и незаметно проникающий в медицину, с опорой преимущественно на психологические «параллелизмы» нередко с использованием когнитивной психологии. В-третьих, возник междисциплинарный характер данных различных разделов наркологии (биологического, клинического, социального, правового и др.), включая психопатологию. Поэтому позволим себе дать наше понимание философско-методологических основ новой парадигмы наркологии – «аддиктивного влечения».

Базовым понятием новой парадигмы является «аддикция», «аддиктивное влечение», преимущественно и первоначально в наркологии. Отстаивая и пропагандируя термин «аддиктивное влечение», дискурсант в двух монографиях (2007, 2012) умудряется не дать понятие (интерпретацию) этого термина и не объясняет необходимость, важность, логику смены (введения) названия, (понятия, знака, смысла, рече-смысла) «аддикция». Хотя пишет (2012): «... Термин «аддиктивное влечение» используется вместо «патологического влечения» и как довод замены последнего указывает на его редкое использование: «в психиатрии не принято

использовать слово «патологический» (хотя ниже приводит четыре сходных термина). И предлагает при этом еще использовать термин параадиктивные влечения.

Таким образом, термин «зависимое влечение» используется и как физиологические, и психологическое, и социальное (зависимая личность, зависимое поведение) и психопатологическое, т.е. налицо широкое междисциплинарное использование понятия, которое по-разному оценивается и имеет разный рече-смысл в разных научных дисциплинах. Следовательно, нарушается главный принцип демаркации самостоятельного предмета психиатрии – патологии психической деятельности, в отличие от психологии, социологии и других гуманитарных наук. психологии, социологии и других гуманитарных наук.

**Черенков А.А.,<sup>1</sup> Уваров И.А.,<sup>2</sup> Баранова Г.А.<sup>1</sup>, Обухов Н.Г.<sup>1</sup>**

### **СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ DELIRIUM TREMENS**

*<sup>1</sup> БУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ Удмуртской Республики,*

*<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Ижевск*

**Cherenkov A.A.<sup>1</sup>, Uvarov I.A.<sup>2</sup>, Baranova<sup>1</sup>, Obukhov N.G.<sup>1</sup>**

### **SYMPTOMATIC THERAPY FOR DELIRIUM TREMENS**

*<sup>1</sup>The Republican Narcological Dispensary of the Ministry of Health of the Udmurt Republic, Izhevsk*

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

**Актуальность.** Эпидемиология алкогольной зависимости в нашей стране на протяжении многих лет отличается высокой напряженностью. При этом проявления алкогольных психозов (delirium tremens - (DT), которые составляют до 90% всех алкогольных психозов) можно считать своего рода индикатором остроты эпидемиологической ситуации. По литературным данным

летальность при ДТ может составить от 1% до 16% в зависимости от своевременности и адекватности терапии. И если терапия собственно ДТ достаточно подробно освещена в приказах и методических руководствах, то симптоматическая терапия (СТ) при ДТ остается несколько "за кадром". Между тем, следует отметить, что тяжелые формы ДТ сопряжены, как правило, с коморбидными состояниями, требующими назначения адекватной СТ.

**Целью** работы явился анализ назначений СТ при проявлениях ДТ в специализированной клинике.

**Материалы и методы:** Исследование проведено на массиве больных прошедших через отделение анестезиологии - реанимации Республиканского наркологического диспансера (РНД) в течение 3-х лет (2015-2017 гг.). Через отделение прошло 811 пациентов с алкогольными проблемами. Проявления ДТ были зафиксированы у 246 (30,31%) пациентов. По гендерному признаку: 201 больной (81,7%) были мужчинами соответственно 45 (18,3%) женщинами. Средний возраст  $43,6 \pm 7,8$  лет. 169 человек поступили из отделений стационара, 48 переведены из других ЛПУ и 29 взяты с амбулаторного и стационарного приемов. Длительность пребывания в отделении больных с delirium tremens составила от 1 до 45 суток (в среднем 4,6).

**Результаты.** При анализе выполненных назначений выявлено, что наряду с «базовой терапией» ДТ практически всем больным потребовалось назначение СТ. Ее назначение было обусловлено, прежде всего, коморбидными расстройствами.

Так, назначение инфузионной программы было обусловлено водно-электролитным дисбалансом, прежде всего гипокалиемией, грубыми нарушениями нутритивного статуса. Назначение антибактериальной терапии было обусловлено инфекционной коморбидностью, проявляющейся воспалениями мягких тканей, вплоть до развития флегмон, например у больных поступивших «из дома» нередко фиксируются decubitus с присоединением гнойного воспаления, а также повышенным риском развития пневмоний, в т.ч. и аспирационных, которые не редки при снижении

мониторинга базовой терапии ДТ транквилизаторами, нейролептиками et cet. Кардиальные расстройства, прежде всего проявления кардиомиопатии, потребовали назначения гликозидов,  $\beta$ -блокаторов et cet. При выраженных расстройствах назначалась инотропная поддержка.

**Заключение.** СТ при ДТ является важнейшей составляющей комплекса лечения психоза. Ее недооценка может привести к ухудшению результата лечения и даже сказаться на прогнозе ad vitam. Следует также отметить, что компоненты СТ не всегда входят в стандарты лечения ДТ и не включаются в программу закупок препаратов и расходных материалов. Как представляется включение элементов СТ в стандарты терапии приведет к более быстрому и «качественному» выходу пациентов из психозов.

**Баева А.С., Захарова Н.М.**

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ПОСТРАДАВШИХ В ЧС**

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава РФ*

**Baeva A.S., Zakharova N.M.**

**THE EXPERIENCE OF SHORT-TERM PSYCHOTHERAPY IN VICTIMS OF EMERGENCIES**

*«V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology» of the Ministry of Health of the Russian Federation*

**Актуальность.** Многолетний опыт участия в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, показал, что в острый период основной целью является достижение относительно нормального психического и физического функционирования пострадавших, в связи с чем, необходимо организовать эффективную медико-консультативную и психотерапевтическую помощь.

**Цель.** На примере опыта оказания медико-психологической помощи пострадавшим при пожаре в ТРЦ «Зимняя вишня» г. Кемерово представить наиболее эффективные способы психотерапевтического взаимодействия на ранних этапах ликвидации последствий ЧС.

**Материалы и методы.** Проводилось оказание специализированной диагностической и лечебно-профилактической помощи пострадавшим и родственникам погибших при пожаре. Во всех случаях, за исключением ситуаций, требующих экстренной госпитализации, применялись краткосрочные психотерапевтические вмешательства, направленные на стабилизацию психического состояния пострадавших.

**Результаты.** Наибольшую терапевтическую эффективность в остром периоде психотравмы показали:

- эмпатическое слушание: доверительный контакт, сопереживание и контейнирование «травматических» эмоций позволяют создать

благоприятные условия для эмоционального отреагирования и дальнейшей работы;

- «вентиляция» эмоций: выражение травматических переживаний различными способами (проговаривание, плач, крик, кинестетически (топот, хлопки), рисование) приводит к снижению напряжения и формированию более адаптивного функционирования;

- билатеральная стимуляция полушарий головного мозга позволяет получить доступ к травматическим переживаниям обходя сопротивление и минимизировав эмоциональные и физические затраты пациента;

- психосоматическая саморегуляция: формирование навыков самоконтроля (управление мышечным тонусом и ритмом дыхания, концентрация внимания и т.д.) позволяет снизить интенсивность травматических переживаний, выраженность эмоциональной и телесной напряженности, ускоряет восстановление нормального функционирования организма.

Выделены ключевые факторы эффективного психотерапевтического взаимодействия:

Безотлагательность – начало психотерапевтической работы в максимально ранние сроки позволяет минимизировать психопатологические последствия и сократить продолжительность реабилитации;

Эклектичность – использование различных психотерапевтических подходов с учетом индивидуальных особенностей пострадавшего и особенностей психопатологической симптоматики, позволяет получить максимальный терапевтический эффект;

Экологичность – учет характера ЧС, личностных, этических и культуральных особенностей пострадавших позволяет создать доверительное взаимодействие на ранних сроках и формирует положительное отношение пациента к психотерапии на последующих этапах реабилитационных мероприятий.

**Заключение.** Краткосрочная психотерапия в остром периоде психотравмы способствует выражению травматических

переживаний наиболее подходящими для пациента способами, снижению эмоционального и телесного напряжения. Позволяет сформировать наиболее адаптивные варианты функционирования личности в условиях тяжелого стресса, а также подготовить почву для дальнейшего психотерапевтического сопровождения пострадавших при ЧС.

**Задорожная О.В., Румянцева Н.Д., Вакула И.В., Худикова Е.Т.  
АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭРМИТАЖНАЯ ПРОГРАММА В  
КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У  
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

*Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им.  
И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

**Zadorozhnaya O.V., Rumyantseva N.D., Vakula I.V., Khudikova  
E.T.**

**HERMITAGE ART THERAPY PROGRAMME IN REHABILITATION  
ACTIVITY PLAN IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS**

*North-Western State Medical University Named After I.I. Mechnikov  
Saint-Petersburg*

**Актуальность.** Под арт-терапией понимают метод психотерапии, основанный на изобразительном творчестве. Ещё недавно арт-терапии отводилась роль исключительно дополнительного, вспомогательного метода (Гаврилов В.В., 2012). В настоящее время арт-терапия интенсивно развивается, с каждым годом становясь все более популярным методом в профессиональной среде.

**Цель:** изучение влияния арт-терапевтических занятий по программе «Эрмитаж» на копинг-стратегии и уровень тревожности у пациентов, страдающих шизофренией.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе медико-реабилитационного отделения ПНД №9 Невского района Санкт-Петербурга. В исследовании приняли участие 11 пациентов, страдающих параноидной шизофренией. Пациенты посещали



группу, проводившуюся по разработанной в отделении программе «Эрмитаж». Данная программа включала в себя следующие разделы: развитие восприятия, посещение Эрмитажа и занятия в залах, выполнение творческих работ пациентами. Тестирование проводилось до начала занятий в группе и после окончания программы. Для оценки результатов использовались следующие методики: Индекс жизненного стиля («Life style index»), Копинг-тест Лазаруса для диагностики системы механизмов психологических защит, а также Шкала самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.А. Ханина.

**Результаты и их обсуждение.** В результатах тестирования до терапии необходимо выделить следующее: по шкале ИЖС у 55% пациентов самый высокий индекс напряженности соответствовал такому механизму защиты как реактивные образования - предотвращение выражение неприятных или неприемлемых для личности мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. У 9% самый высокий индекс напряженности соответствовал отрицанию, и у двух групп по 18% - подавлению и интеллектуализации. По шкале "Копинг-тест Лазаруса" наиболее высокий дезадаптивный уровень у большинства пациентов (54,5%) соответствует такому копинг-механизму как поиск социальной поддержки - разрешение проблемы за счет привлечения внешних ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Конфронтация и принятие ответственности исключительно используются как адаптивные или пограничные варианты копинга (выраженная дезадаптация не встречается ни у одного пациента). По шкале самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.А. Ханина у большинства пациентов (54,5%) наблюдается умеренный уровень реактивной тревожности (низкий уровень у 18,2% и высокий у 27,3%) и высокий уровень (72,7%) личностной тревожности (низкий уровень не встречается, умеренный - у 27,3%). По результатам тестирования после терапии отмечается снижение уровня напряженности следующих защитных механизмов по шкале ИЖС: подавление,

реактивные образования и замещение. Также по шкале "Копинг-тест Лазаруса" наблюдается снижение индекса напряженности таких показателей как дистанцирование и социальная поддержка.

**Выводы.** Посещение арт-терапевтической Эрмитажной группы в условиях амбулаторного реабилитационного отделения пациентами, страдающими шизофренией, оказывает положительный эффект на формирование более адаптивных копинг-стратегий.

**Мелёхин А.И.**

### **СПЕЦИФИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА НОЧНОЙ ЕДЫ**

*Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия*

**Melehin A. I.**

### **THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF NIGHT EATING SYNDROME**

*Russian gerontological scientific clinical center, Moscow, Russia*

**Актуальность.** Синдром ночной еды (night eating syndrome) – это форма парасомнии и нарушения пищевого поведения, которая выражается повторяющимися непроизвольными, компульсивными ежедневными эпизодами приема пищи в ночное время [Costa M.B., Stein A.T., 2015]. В DSM-V данное расстройство включено в категорию «Другие изменения в питании и расстройства пищевого поведения» (OSFED) [Costa M.B., Stein A.T., 2015]. У пациентов наблюдаются изменения в паттерне приема пищи, десинхронизация между приемом пищи и циклом сон-бодрствование, голодом и контролем насыщения. Стресс у этих пациентов в форме психосоциальных или эмоциональных триггеров часто ассоциируется с наступлением, а также с продолжением эпизодом ночного приема пищи [Safer D.L., et al., 2009]. Изменения в ритмах

приема пищи и сна также связаны с избыточным весом и приемом ПАВ [Costa M.B., Stein A.T., 2015]. В нашей практике мы наблюдаем, что начало эпизодов ночного приема пищи у пациентов часто связано с ответом на диету, т.е. когда происходит ограничение потребления калорий в течении дня, они стремятся компенсировать это ночью.

Чаще прибегают к медикаментозному лечению с применением «первой линии» [Costa M.B., Stein A.T., 2015]: СИОЗС (sertraline, paroxetine, fluvoxamine); антиконвульсантов (topiramate); агонисты дофамина (pramipexole). Показано, что введение экзогенного мелатонина или лептина, которые могут продлить сон и подавить ночной аппетит. Эффективность Z-гипнотиков (zolpidem) не показана [Costa M.B., Stein A.T., 2015]. Рекомендовано сочетать медикаментозное лечение с когнитивно-поведенческой психотерапией (КПП) [Berner L. A., Allison, K. C.б 2013;6].

**Материалы и методы.** Задачи КПП при лечении синдрома ночной еды:

- Усилить самосознание пациента, что он использует прием пищи как форму борьбы с эмоциями;
- Изменение/регулирование модели питания;
- Научить пациента распознавать триггеры, приводящие к ночной еде, а также сформировать навыки как минимизировать или бороться с ними.
- Исправить у пациента задержку циркадный ритмов питания, сдвигая прием пищи в начало дня и одновременно разорвав связь между ошибочными установками и ночным приемом пищи.

Структура протокола КПП [Allison K.C. et al., 2007, 2010]: 1. Обследование психического статуса пациента: 14-item Night Eating Questionnaire или Night Eating Symptom Scale-II (NESS-II). 2. Психообразование: о факторах, приводящих к синдрому ночной еды; о здоровой потере веса и питании; влиянии приема пищи и настроения на синдром ночное еды. 3. Модификация модели питания: Мотивационное интервью, направленное на изменение структуры питания; совладение с трудностями, с которыми пациент

может столкнуться в ходе лечения; оспаривание дисфункциональных мыслей, связанных с питанием; Планирование питания. Ограничение ежедневного потребления калорий. Дневник потребления пищи с мониторингом калорий; 4. Поведенческий анализ. Построение цепочки эпизодов ночного питания. Обучение технике контроль стимулов. 5. Мониторинг и оценка негативных мыслей. Когнитивная реструктуризация. 6. Гигиена сна и контроль качества сна; 7. Повышение физической и социальной активности; 8. Техники управления напряжением: прогрессирующая мышечная релаксация; 9. Усиление социального капитала/поддержки; 10. Профилактика рецидивов.

**Результаты и Заключение.** Протокол КПП синдрома ночной еды способствует снижению гиперфагии вечером; числу пробуждений (с 8,7 до 2,6 в неделю); проценту приема калорийной пищи под вечер; снижению суточного потребления калорий (с 2365 до 1759 ккал/сут); симптомов вины и самообвинения (по BDI-II с 9 до 6,5) [Allison K.C. et al., 2010].

**Носачев Г.Н.<sup>1</sup>, Носачев И.Г.<sup>1</sup>, Дубицкая Е.А.<sup>2</sup>**

### **НЕОБХОДИМО ЛИ ВЫДЕЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕТОДА?**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава

<sup>2</sup> ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»

**Nosachev G.N.<sup>1</sup>, Nosachev I.G.<sup>1</sup>, Dubitskaja E.A.<sup>2</sup>**

### **WHETHER THE ALLOCATION PSYCHOTHERAPEUTIC METHOD?**

<sup>1</sup> Samara State Medical University

<sup>2</sup> Samara psychoneurological dispensary

До сих пор продолжается «вялая» дискуссия по базовой проблеме профессионального самосознания психотерапевтов: «Что есть психотерапия?» - наука, искусство, бизнес, практика, духовная практика, «хлам» (Завьялов В.Ю. , 2016). При этом врачи, психологи,

социологи и другие практикующие специалисты и неспециалисты «тянут одеяло на себя». Многие организационно-правовые вопросы психотерапевтической деятельности все еще далеки от разрешения. Так, психотерапия как практическая деятельность врача-психотерапевта законодательно регламентирована, психолога-психотерапевта (психокорректора, ко-терапевта) - недостаточно регламентирована, социолога - вообще не регламентирована, а практическая деятельность непрофессионалов должна быть запрещена.

Не решен и вопрос о психотерапии как о науке: что это - самостоятельная наука (субнаука, метанаука); практическая наука; интегрированная наука, учебная дисциплина; совокупность отдельных наук (медицинская психотерапия, психологическая, социальная, профессиональная, непрофессиональная)? Не находит однозначного ответа и не менее простой вопрос: «Кто может пользоваться методиками психотерапии?» - профессионалы (врачи, психологи, социологи), непрофессионалы (целители, экстрасенсы, мошенники, террористы).

Не лучше обстоит вопрос и со способом практической деятельности психотерапевта: что это - речевое взаимодействие, взаимоотношения, обмен информацией, воздействие, интервенция, вмешательство, помощь, манипулирование, управление, изменение сознания, даже консультирование? Единственно, в чем есть согласие, то это в том, что в системе «человек - человек» взаимодействие является психическим (психологическим), а, следовательно, как бы подчиняется психологическим законам. Практикующие психологи хотя и выделяют отдельно психотерапию и психокоррекцию, методики психотерапии (психотехники) при психологическом консультировании, тренингах, группах встреч практически их не дифференцируют. Еще более неопределенно используется понятие (термин) «психотерапия» (психотехники, психотехнологии) в социологии.

Большинство практикующих специалистов не разделяет (или не хочет разделять) теоретические идеи С. Ледера (1973) об четырех

основных моделях психотерапии. В России М.М. Кабанов (1979), Б.Д. Карвасарский (1985-2012), Г.Н. Носачев (1996-2018), В.В. Макаров (1999-2017) начали разделение психотерапии на 4 базовые модели: медицинскую, психологическую, социальную и философскую. При этом определяют психотерапию как форму человеческого взаимодействия и общения, отмечая одновременно спорность и противоречивость позиций в ее понимании: «как метод лечения, влияющий на психические и соматические функции организма (формулировка основана на медицинской модели); как метод влияния, связанный с обучением (психологическая модель); как инструмент социального контроля (социальная модель); как явления коммуникации между людьми (модель, связанная с философскими системами)» (Карвасарский Б.Д., 2003).

При этом виды, методики, техники, приемы в рамках преимущественно психологических направлений используются одни и те же (психоаналитические, когнитивно-поведенческие, суггестивные и др.). Разделение - в системе ценностей, целях и задачах отдельных моделей.

Именно выход на психотерапевтический метод может наметить переход на позицию единого теоретического обобщения объединенных знаний (общая теория психотерапевтического метода).

**Овчинникова И.В.**

### **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения России*

**Owtschinnikowa I.V.**

### **PSYCHOTHERAPEUTISCHE ESCORT FRAUEN MIT BRUSTKREBS KREBSVORSTUFEN**

*Russische «Ivanovo staatliche medizinische Akademie» des  
Gesundheitsministeriums der Russischen Föderation*

**Актуальность.** Проблема заболеваемости и лечения рака молочной железы (РМЖ) у женщин является серьёзной медико-психотерапевтической проблемой. Расстройства психики у больных РМЖ вызывают дезадаптивную направленность личностно-обусловленных форм реагирования, снижение всех показателей уровня качества жизни.

**Цель исследования** - обосновать целесообразность симптомо-следственного подхода в организации психотерапевтического сопровождения женщин с онкопатологией молочной железы.

Материалы и методы. Анализ клинических данных из историй болезни пациенток с онкопатологией РМЖ (n=72), средний возраст 61,26±4,25 лет, проходивших лечение в ОБУЗ Ивановский ООД. Анонимное очное групповое анкетирование пациентов. Тест на определение акцентуаций характера по А.Е. Личко. Самооценка выраженности психопатологической симптоматики дистресса (Дерогатис).

**Результаты.** Все респонденты для сравнительного анализа были разделены на две группы в зависимости от стадий РМЖ: пациентки с ранними формами РМЖ (I, II) - 38% и с поздними (III, IV) - 62%. Анализ клинических данных указывает на непосредственное влияние психических факторов (стресса, тяжелых жизненных событий, депрессии) на возникновение рака ( $p < 0,05$ ). У пациенток с ранней стадией преобладают акцентуации характера - истероидная и шизоидная, а с поздней стадией - психастеническая и гипотимная. Ведущие психопатологические симптомы - тревожность, депрессия, соматизация и межличностная сенситивность. С увеличением стадии РМЖ уменьшается межличностная сенситивность и нарастает тяжесть психических расстройств, частота психопатологических симптомов ( $p < 0,05$ ). В большей степени увеличивается частота таких симптомов, как депрессия, тревожность, соматизация. Количество психопатологических синдромов у пациенток до и во время лечения практически одинаково ( $p > 0,05$ ). Наиболее адекватными в психотерапии больных РМЖ являются методы гештальт-терапии,

транзактного анализа, психодрамы, позитивная, семейная системная психотерапия, медитации с визуализацией. Необходимо выяснить, где именно находится больной в своем кризисе и работать с психотравмирующей ситуацией [Бехер О.А., 2007], работа направлена на повышение внутренней сопротивляемости и создание установки на активную борьбу за жизнь, а также борьбу с депрессией и тревожностью. Создание у пациента мотивации «чтобы жить» способствует уменьшению процесса размножения атипичных клеток. В семье пациента могут находиться ресурсы необходимые для преодоления болезненного состояния [Варга А.Я., 2014].

**Выводы.** Отношение к симптому как проявлению общего системного неблагополучия позволяет определить его происхождение, выстроить адекватную и эффективную программу психотерапии не только пациента, но и семьи в целом. Высокий уровень частоты психопатологических симптомов обуславливает необходимость более активного психотерапевтического лечения пациенток с РМЖ и построения программы системной семейной, интегративной психотерапии, адекватной клинико-психологическим особенностям конкретного больного.



**Завьялов А.Б., Молоковская Е.А., Хяникяйнен И.В.  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС У  
БОЛЬНЫХ С ДВУСТОРОННЕЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ  
ТУГОУХОСТЬЮ**

*Медико-санитарная часть Управления ФСБ России по Республике  
Карелия*

**Zavyalov A.B., Molokovskaya E.A., Hanikainen I.V.  
PSYCHOLOGICAL SYMPTOMATIC STATUS IN PATIENTS WITH  
BILATERAL SENSORINEURAL HEARING LOSS**

**Актуальность.** Сенсоневральная тугоухость – одна из сохраняющих актуальность проблем современной оториноларингологии. Это связано с рядом факторов, в том числе с распространенностью агрессивных средовых условий существования человека, увеличением числа хронических и острых заболеваний, в лечении которых используются ототоксические препараты, рост нейродегенеративных заболеваний различного генеза. Сенсоневральная тугоухость – полиэтиологическое заболевание, основными субъективными проявлениями которого являются нарушение разборчивости речи, повышение тональных порогов по костному звукопроводению на частоты звука выше 1-2 кГц, и наличием субъективного шума в ушах (тиннитуса). Сенсоневральная тугоухость заметно влияет на качество жизни пациентов. Эта патология относится к числу социально значимых и поражает все возрастные группы населения. Длительная тугоухость формирует изменения психического статуса больного. Появляется подозрительность, замкнутость, тревожность, агрессивность, неуверенность в себе, патологическая застенчивость. Развивается социальная изоляция и дезадаптация, что является формой хронического психического стресса. Нарушения в коммуникативной сфере отрицательно влияют на личность. Трудности в общении приводят больного с нарушениями слуха к депрессии и повышенной тревожности.

**Цель** – показать специфику психологического симптоматического статуса у пациентов с двусторонней сенсоневральной тугоухостью (ДСНТ).

**Материалы и методы.** Основную группу (ОГ) составили лица организованной популяции г. Петрозаводска ( $n=30$ ; средний возраст  $51,9\pm 8,1$  лет; гендерный индекс 1:1), имеющие клиническую картину ДСНТ 2-3 степени, подтвержденную результатами аудиометрии и верифицированную врачом-сурдологом. Контрольная группа (КГ) включала здоровых лиц ( $n=32$ ; средний возраст  $52,4\pm 6,5$  лет; гендерный индекс 1:1;  $p>0,05$ ). Статистическая обработка данных выполнялась с помощью пакета Statistica 6.0.

Для исследования психологического симптоматического статуса у больных с ДСНТ и у лиц КГ провели исследование по «Опроснику выраженности психопатологической симптоматики» – Symptom CHECK LIST-90-REVISED (SCL-90-R).

Результаты. Анализ субъективных представлений обследуемых лиц о состоянии своего психического и физического здоровья по Шкале психопатологических проявлений SCL-90-R, показал, что пациенты с ДСНТ, по сравнению со здоровыми лицами, набирали значимо большее количество баллов ( $p<0,05$ ) по шкалам: «Соматизация» ( $1,84\pm 0,72/0,45\pm 0,15$ ), «Тревожность» ( $1,3\pm 0,45/0,41\pm 0,17$ ), «Межличностная сенситивность» ( $1,22\pm 0,22/0,59\pm 0,36$ ), «Депрессия» ( $1,07\pm 0,29/0,53\pm 0,2$ ), «Обсессивность-компульсивность» ( $1\pm 0,44/0,6\pm 0,36$ ), «Фобическая тревожность» ( $0,57\pm 0,19/0,12\pm 0,03$  баллов в ОГ/КГ соответственно) (1-6 ранговые места), а также по общему индексу тяжести симптомов ( $1,99\pm 0,45/0,5\pm 0,17$ ) и по общему числу утвердительных ответов ( $68\pm 22,19/28,19\pm 19,49$ ), без повышения показателя индекса наличного симптоматического дистресса ( $1,31\pm 0,55/1,4\pm 0,51$ ;  $p>0,05$ ; в ОГ/КГ соответственно). При этом больные ОГ, по сравнению с лицами КГ, не выявили достоверных различий по таким признакам, как: «Враждебность» ( $1,83\pm 0,22/0,82\pm 0,47$ ), «Паранойальность» ( $0,5\pm 0,24/0,63\pm 0,26$ ), «Психотизм» ( $0,3\pm 0,17/0,33\pm 0,18$  баллов в ОГ/КГ соответственно) ( $p>0,05$ ).

**Заключение.** Для пациентов с двусторонней сенсоневральной тугоухостью характерен тревожно-депрессивный симптомокомплекс с межличностной сенситивностью, навязчивостями и фобиями, а также соматизация негативных эмоциональных переживаний.

**Леонова А.В.**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ХАРАКТЕР ФАКТОРОВ РИСКА  
ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ**

*ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»,  
Центр развития речи и нейрореабилитации, г. Тюмень, Россия*

**Leonova A.V.**

**PREVALENCE AND NATURE OF RISK FACTORS FOR  
DEVELOPMENTAL LANGUAGE DELAY IN CHILDREN**

*Speech development and neurorehabilitation center of Tyumen Regional  
Clinical Psychiatric Hospital, Tyumen, Russia*

**Актуальность.** Материально-технический прогресс позволяет дать подрастающему поколению все лучшее для развития, однако за последние годы существенно возрастает число психических расстройств у детей, особенно касающиеся нарушения речи. Задержка речевого развития (ЗРР) представляет собой состояние, которое характеризуется более медленным освоением речевых функций ребенком в возрасте до трех лет (Деягин В.М., 2013). В популяции ЗРР присутствует в 6-7% случаев, при этом частота встречаемости у мальчиков превышает таковую у девочек в 2-3 раза (Kalnak N. et al., 2012). Данные некоторых отечественных авторов свидетельствуют о распространенности нарушения равной 25% (Гореленкова Н.В., 2016).

Этиология ЗРР до настоящего времени остается не достаточно изученной. Однако существуют бесспорные факторы риска, воздействие которых обуславливает наличие и тяжесть рассматриваемой патологии. В развитии ЗРР у детей участвуют

биологические, социальные и семейные факторы риска (Левина Р.Е., 1997; Соботович Е.Ф., 2003).

**Цель исследования.** Определить распространенность и характер факторов риска возникновения ЗРР у детей раннего возраста.

**Материалы и методы исследования.** На базе Центра развития речи и нейрореабилитации Областной клинической психиатрической больницы города Тюмени было обследовано 150 детей в возрасте от 1,5 до 3 лет (70% мальчиков, 30% девочек).

**Результаты.** Согласно проведенному анализу были выявлены ведущие факторы, вызывающие развитие речевых нарушений. Основным фактором, встречающимся более чем в половине случаев, явился возраст родителей более 35 лет (64%), при этом частота встречаемости ЗРР среди пар, возраст которых превышает 40 лет, составила  $\frac{3}{4}$  случаев. Экстрагенитальные заболевания матери были обнаружены в 32% случаев, при этом наиболее часто были указания на наличие заболеваний с нарушением обмена веществ и сахарный диабет. Отягощенная наследственность по речевой патологии обнаружена у 8% детей. Изучение анамнестических данных матерей детей показало высокие уровни патологии гестационного периода и периода родов. Так, выраженный токсикоз I триместра составил 26,7%; острые инфекционные заболевания – 22%; недостаточность маточно-плацентарного кровотока, угрожающий выкидыш – 8,7%; преждевременные роды – 28,7%; переносимая беременность – 6,7%; аномалии родовой деятельности – 54%; гипоксия/асфиксия новорожденного – 60%. При этом у 80% матерей обследованных детей наблюдались те или иные сочетания осложнений в пери- и постнатальном периоде. Указание на пагубное употребление алкоголя, табака, наркотических веществ было выявлено у 2,7% матерей. Нейроинфекцию в доречевом периоде перенесли 16,7% обследованных детей, черепно-мозговые травмы – 10,7%. У 2% было диагностировано органическое заболевание головного мозга.

**Выводы:** Таким образом, причиной формирования ЗРР является не один какой-либо фактор, а их совокупность (3 и более вредоносных фактора, при увеличении их количества соразмерно возрастает

вероятность наличия ярких проявлений). То есть речь идет о мультифакториальном заболевании, нуждающемся в специфическом подходе с учетом всех предрасполагающих факторов, действующих на разных этапах развития ребенка и имеющих различный удельный вес при формировании нервной системы ребенка в целом и речевой функции в частности. Наиболее частой причиной ЗРП по данным исследования является увеличение возраста родителей (35 лет и более). Случаев возникновения заболевания на фоне отсутствия факторов риска не выявлено.

**Северова Е.А.<sup>1</sup>, Охапкин А.С.<sup>1</sup>, Даутова М.А.<sup>2</sup>**

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В СОМАТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

*<sup>1</sup> Смоленский государственный медицинский университет, Россия*

*<sup>2</sup> ОГБУЗ «Смоленский областной клинический психоневрологический диспансер», Россия*

**Severova E.A.<sup>1</sup>, Okhapkin A.S.<sup>1</sup>, Dautova M.A.<sup>2</sup>**

### **THE INCIDENCE AND CHARACTERISTICS OF ANXIETY DISORDERS IN SOMATIC HOSPITAL**

*<sup>1</sup> Smolensk State Medical University, Russia*

*<sup>2</sup> Smolensk Regional Clinical Psychiatric Clinic, Russia*

**Актуальность.** Одна из важнейших задач нашей эмоциональной сферы — это адаптация. Неуверенность и тревога служат важным дополнительным стимулом к адаптивному поведению. Наиболее распространенными среди психических нарушений непсихотического регистра являются тревожные расстройства. Примерно у 55-65% населения в течение жизни выявляются отдельные симптомы тревоги или тревожные расстройства. Каждый третий пациент в поликлинике имеет повышенный уровень тревожности, среди них остаются не диагностированными до 50%. О распространенности тревожных расстройств в соматическом стационаре данные носят разрозненный характер.

**Целью исследования:** изучение частоты встречаемости тревожных расстройств в соматических отделениях многопрофильной больницы и особенностей психопатологических проявлений тревожных расстройств.

**Методика.** Исследование проводилось по материалам консультативно-диагностической работы врача психиатра в Смоленской клинической больнице №1. Для оценки психологического состояния у больных использовалась Торонтская шкала алекситимии, шкала депрессии Бека, шкала оценки актуального психического состояния SCL-90-R, шкалы Гамильтона (депрессии и тревоги). Для статистической обработки данных использовался пакет программ Statgraphics 5.0.

**Результаты.** Среди обследованных пациентов была выделена группа из 45 человек с диагнозом Органического тревожного расстройства, а также группа из 25 человек в которую входили тревожные расстройства, внесенные в рубрику F4(агорафобия, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, специфические изолированные фобии). Наибольшее количество тревожных расстройств встречалось в кардиологическом (15□□□2 человека в год) и неврологическом (20□□□3 человека в год) отделениях. Хочется оговориться, что наши данные отражают только те случаи, которые врач интернист расценил как патологические и назначил консультацию психиатра.

По уровню тревоги (шкала Гамильтона) пациенты с органическим тревожным расстройством и пациенты с тревожным расстройством не различались. При этом, уровень депрессивных расстройств в группе пациентов с органическим тревожным расстройством ( $p < 0,000001$ ) достоверно отличался от такового у пациентов с тревожными расстройствами. Установлен высокий уровень алекситимии в обеих группах.

При сравнении шкал SCL-90-R у пациентов с органическим тревожным расстройством было обнаружено, что наиболее высокими оказались показатели тревоги, соматизации и высокая личная сенситивность. В группе тревожных расстройств без

органических нарушений преобладали тревожность, импульсивность-компульсивность, соматизация. Общий индекс тяжести симптомов был одинаковым в обеих группах

**Выводы.** Таким образом, тревожные расстройства в соматическом стационаре имеют неоднородную клиническую картину и представляют собой категорию пациентов, требующих пристального внимания со стороны врачей и медицинского персонала соматического стационара, так и консультанта психиатра.

**Арпентьева М.Р.**

**ПРОБЛЕМА ПОНИМАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**

*Калужский государственный университет имени К.Э. Циолковского,  
Калуга*

*Югорский государственный университет, Ханты-Мансийск*

**Arpentieva M.R.**

**THE PROBLEM OF UNDERSTANDING IN MODERN CONSULTING PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY**

*Tsiolkovskiy Kaluga state University, Kaluga,*

*Ugra State University, Khanty-Mansiysk*

**Актуальность.** Решение проблем понимания человеком себя и мира, а также проблемы взаимопонимания, исследование его механизмов и разработка технологий и подходов, обращенных к его формированию и развитию, в современном мире, переполненном конфликтами разного уровня и масштаба, становятся все более актуальными. Взаимопонимание – один из феноменов, пронизывающих всю жизнь человека, все сферы его жизнедеятельности, все типы отношений, Будучи, с одной стороны, феноменом повседневным и, в этом смысле, «очевидным», с другой стороны, в силу своей сложности и изменчивости, взаимопонимание как социально-психологический феномен психотерапевтического консультативно-взаимодействия и взаимоотношений остается малоизученным, трудно операционализируемым. До сих пор отмечается фрагментарность исследований взаимопонимания, в большинстве существующих исследований взаимопонимание не предстает как центральный и целостный феномен, описываются те или иные его компоненты, особенности, интенции или стадии.

**Цель метода исследования.** Путь к осмыслению его сущности, а также его отдельных аспектов: особенностей, компонентов, интенций и механизмов формирования и развития, – лежит, на наш взгляд, через анализ традиционных и современных зарубежных и



отечественных перспектив (подходов, направлений и тенденций) его изучения к разработке интегративной модели взаимопонимания как социально-психологического явления.

**Результаты.** В своей наиболее полной, развернутой форме, взаимопонимание как социально-психологический феномен может быть рассмотрено как феномен межличностных отношений: как категория, позволяющая наиболее полно и развернуто описать межличностные отношения как целостную систему субъективно переживаемых взаимосвязей между людьми, объективно проявляющихся в направленности и способах взаимных влияний, оказываемых людьми друг на друга в совместной деятельности и общении; отразить взаимосвязи ценностно-смысловой и интерактивной сторон формирования и развития отношений между людьми. Межличностные отношения – одно из наиболее важных и общих понятий социальной психологии, сфера большого научного интереса и многочисленных в разной мере обобщенных исследований. В контексте многих из них взаимопонимание, понимание другого человека, ситуации взаимодействия или самого себя выступают как ведущие объяснительные социально-психологические феномены. В рамках этих отношений можно выделить различные сферы и аспекты исследования взаимопонимания как социально-психологического феномена, попытаться локализовать социально-психологическую сущность данного феномена. Наиболее удобным релевантным объектом для этого является область консультативных и психотерапевтических отношений. В существующих исследованиях можно выделить ряд перспектив исследования взаимопонимания как социально-психологический феномен. Одна из перспектив связана с изучением субъективности и связанных с особенностями ценностных позиций общающихся стратегий понимания себя и мира. Другая – с исследованием компонентов (фокусов) взаимопонимания, взаимодействие которых позволяет исследовать стадии и механизмы его формирования и развития, в том числе в процессе развития личности, ее отношений. Третья – с выделением линий

изучения изменений, интенций и эффектов взаимопонимания как социально-психологического феномена, в том числе и особенно в контексте консультативных и психотерапевтических отношений.

**Заключение.** Каждая из перспектив предоставляет исследователям свои возможности, однако, имеет и ряд обусловленных методологическими рамками ограничений. Поэтому, хотя в контексте выделенных подходов, направлений и тенденций исследования и предпринимались попытки сформулировать интегративные концепции и модели взаимопонимания, целостной социально-психологической модели взаимопонимания не сложилось. Один из вариантов решения этой проблемы – в рассмотрении существующего множества исследований взаимопонимания как совокупности попыток изучения его отдельных особенностей, компонентов и интенций: выделенные подходы феноменологически эквивалентны основным стратегиям понимания человека человеком (монологическим и диалогическим); рассмотренные направления выделяют ведущие фокусы взаимопонимания (самопонимание, понимание другого и понимание ситуации взаимодействия); описанные тенденции его изучения (как феномена социального познания, общения, бытия) эксплицируют ведущие интенции взаимопонимания. Таким образом, в рамках каждого из подходов, направлений и линий изучения выделяются разные критерии, компоненты и функции взаимопонимания, которые могут служить основаниями построения его целостной социально-психологической модели.

**Бойко О.М.**

**СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ ВРАЖДЕБНОСТИ И ХАРАКТЕРА  
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ У МУЖЧИН,  
СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва*

**Воуко О.М.**

## **RELATION OF THE LEVEL OF HOSTILITY AND MODE OF INTERNET USING OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS**

*Mental Health Research Center, Moscow*

**Актуальность** данного исследования связана с тем, что повсеместное распространение интернет-технологий предоставляет возможности для преодоления многих физических, материальных и временных ограничений. В ситуации психического заболевания это может способствовать повышению качества адаптации страдающего им человека. В связи с этим представляется важным поиск факторов, оказывающих влияние на характер использования интернет-технологий. Враждебность, являясь одним из общих психологических факторов риска психических заболеваний (Кузнецова С.О. с соавт., 2014), создавая пристрастность в восприятии новых объектов (Мясищев В.Н., 1966), сказывается на поведении человека. Соответственно, она может также оказывать влияние на характер использования интернет-технологий, что важно уточнить для планирования реабилитационной работы.

**Целью исследования** стало уточнение соотношения уровня враждебности с особенностями использования интернет-технологий у мужчин, страдающих психическими заболеваниями .

**Материалы и методы.** Материалом стали данные обследования 82 мужчин, госпитализированных в отделение №4 отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ Научный Центр Психического Здоровья, соответствовавших следующим критериям отбора: наличие эндогенного психического заболевания, актуальное отсутствие острой психотической симптоматики, согласие пациента на участие в исследовании. Возраст участников составил от 16 до 32 лет.

Методический инструментарий составили шкала враждебности (HOS) опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, а также полуструктурированное интервью, направленное на исследование характера использования интернета. Оно включает в себя вопросы о коммуникативном, развлекательном,

хозяйственном и информационном использовании интернет-технологий. Полученные данные были обработаны в статпакете SPSS с использованием U-критерия Манна-Уитни.

**Результаты** статистической обработки демонстрируют подтверждение гипотезы 1, согласно которой уровень враждебности ниже в группе пациентов, использующих интернет для получения информации, по сравнению с пациентами, не использующими интернет с данной целью. Это можно интерпретировать следующим образом. Для использования интернет-технологий с целью получения информации необходимо предположить саму возможность наличия там чего-то полезного, созданного другими людьми. При этом, отталкиваясь от определения враждебности Т. W. Smith как «комплекса негативных отношений, убеждений и оценок, применяемых к другим людям» (Т. W. Smith, 1992 цит. по Кузнецова С.О., Абрамова А.А., 2011), можно предположить, что эти убеждения и оценки касаются не только людей, но и распространяются на продукты их деятельности, к которым с полным правом можно отнести информацию. При этом потенциальная польза от неё может заранее обесцениваться, что снижает вероятность обращения к ней.

**Выводы.** Враждебность может оказывать влияние на характер использования интернет-технологий у мужчин, страдающих психическими заболеваниями, уменьшая обращение к ним как к источнику информации.

**Стрельчяня Е.В., Кутас Э.А.**

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ И УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ У МЕНЕДЖЕРОВ**

*Белорусский Государственный Университет*

**Strelchenia E.V., Kutas E.A.**

### **INTERDEPENDENCE OF THE PERSONAL DEFENSE MECHANISMS AND LEVEL OF THE SUBJECTIVE CONTROL OF THE MANAGERS**

*Belorussian State University*

**Актуальность.** Работа менеджеров в настоящее время кроме постоянной ответственности и большого эмоционального напряжения связана с недостаточной оплатой труда, происходит ощутимый отток работников в другие страны СНГ и Европы. Изучение уровня субъективного контроля и защитных механизмов личности может содействовать поиску новых психологических ресурсов для решения существующей проблемы. Полученные результаты можно учитывать при построении разнообразных оценочных и тренинговых процедур, для разработки личностно-ориентированных коррекционных программ, сессий коучинга, при составлении рекомендаций по индивидуальному развитию управленческого потенциала; для профилактики психосоматических расстройств. Данные проведенного исследования могут использоваться в системе профессиональной подготовки психологов, специализирующихся в области организационно-управленческого консультирования, в системе повышения квалификации менеджеров по персоналу и других работников кадровых служб. Также результаты исследования могут быть использованы службами персонала коммерческих организаций в целях улучшения психологического здоровья менеджеров и повышения эффективности их профессиональной деятельности.

**Цель:** выявить взаимосвязь защитных механизмов личности и уровня субъективного контроля у менеджеров.

**Материалы и методы:** метод опроса с помощью методик опросник «Индекс жизненного стиля» (адаптация Л. И. Вассермана, Е. А. Трифоновой), опросник «Уровень субъективного контроля (УСК; адаптация Е.Ф. Бажина, С.А. Голькиной, А.М. Эткинда) Использовались статистические критерии: частотный анализ; коэффициент корреляции г-Спирмена.

В эмпирическом исследовании приняли участие 100 человек – 52 мужчины и 48 женщин, занимающих руководящие должности.

**Результаты.** Был выявлен высокий уровень субъективного контроля у менеджеров. Среди защитных механизмов у менеджеров преобладают проекция, рационализация и вытеснение.

Рационализация и вытеснение, которые относятся к вторичным (зрелым) защитным механизмам, связаны с высоким уровнем субъективного контроля, проекция, которая относится к первичным (примитивным) защитами, – с низким уровнем субъективного контроля.

**Заключение.** В данном исследовании была выявлена взаимосвязь между защитными механизмами личности и уровнем субъективного контроля у менеджеров. Таким образом, для повышения уровня субъективного контроля в тренинговые программы работы с управленческим персоналом необходимо включать методики, ведущие к использованию более зрелых защитных механизмов.

**Туровская Н.Г., Кондратович А.В., Туровская О.Д.  
ВОЗМОЖНОСТИ СКАЗКОТЕРАПИИ В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ  
СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С  
ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО  
СЛУЧАЯ**

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая  
больница, Волгоградский государственный социально-педагогический  
университет*

**Turovskaya N.G., Kondratovich A.V., Turovskaya O.D.  
THE OPPORTUNITIES OF FAIRYTALE THERAPY IN  
PSYCHODIAGNOSTICS OF THE SOCIAL SITUATION OF THE  
DEVELOPMENT OF A CHILD WITH A PERSONAL DISORDER:  
ANALYSIS OF A CLINICAL CASE**

*Volgograd State Medical University,  
Volgograd Regional Children's Clinical Psychiatric Hospital,  
Volgograd State Social and Pedagogical University*

**Актуальность.** Одним из эффективных методов психологического анализа социальной ситуации развития ребенка является сказкотерапевтический подход.

**Цель.** Изучение возможности использования сказкотерапии в работе психолога с детьми с нервно-психическими расстройствами.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе Волгоградской областной детской клинической психиатрической больницы. В исследовании участвовали подростки 11–15 лет. Пациентам предлагалось выполнить задание «Карта сказочной страны» (Зинкевич–Евстигнеева Т., Кудзилов Д.). Метод «Карта сказочной страны», в первую очередь, направлен на то, чтобы изучить процесс формирования у подростка образа цели. Помимо этого, анализ «Карты сказочной страны» может помочь психологу понять: каким было прошлое подростка, с какими проблемами ему пришлось столкнуться и на сколько они отразились на его текущем состоянии. Смысл задания состоит в том, что подросток рисует на листе бумаги карту Сказочной страны, которая символизирует его внутренний мир.

**Результаты.** Рассмотрим результаты психологического анализа особенностей выполнения данного задания ребенком 11 лет с выраженными нарушениями поведения, развившимися вследствие последствий раннего органического поражения головного мозга перинатального генеза, так и сложной социальной ситуации развития. На карте испытуемого мы видим следующие обозначения: река Страх, статуя Свободы, страна Любви, гора Оханья, роза Счастья. Из биографии мальчика мы знаем, что у него была тяжелая семейная ситуация: в далеком детстве от него отказалась мать, но практически сразу ребенка усыновила другая женщина. У мальчика были выраженные проблемы поведения, поэтому приемная мать устала от него и отдала в детский дом. У испытуемого это событие вызвало сильные переживания: он не знал, что его мать - приемная, и был уверен в том, что она любит его, и у них хорошие отношения. Поэтому страна Любви на карте внутреннего мира, которую нарисовал мальчик, занимает самое значимое место. По пути через страну Любви, ребенок проходит через гору Оханья (для него это огорчение, грусть). Горы на подобных рисунках символизируют духовный рост, саморазвитие. В данном случае этот этап в жизни

испытуемого связан с негативными эмоциями. Целью маршрута мальчика является роза Счастья, что вполне закономерно, ведь на данный момент именно это является его основной потребностью.

**Выводы.** Таким образом, сказкотерапевтический подход к диагностике представлений о будущем подростков с нервно-психическими расстройствами позволяет выявить их личностные особенности, возможные психологические проблемы в той или иной сфере и, следовательно, наметить пути и «мишени» будущей психологической коррекции.



## **Именной указатель**

### **А**

Абдуллаева В.К. – 6  
Аблиева Ю.А. – 22  
Аведисова А.С. – 11  
Акимова М.А. – 22  
Алтухова Н.Ю. – 8  
Аркуша И.А. – 11  
Арпентьева М.Р. – 49

### **Б**

Баева А.С. – 31  
Баранова Г.А. – 28  
Богатырева Н.А. – 20  
Богданов С.И. – 22  
Бойко О.М. – 51

### **В**

Вакула И.В. – 33  
Вертугина Е.А. – 24

### **Д**

Даутова М.А. – 46  
Демина С.Н. – 8  
Дубровская В.В. – 13

### **З**

Завьялов А.Б. – 42  
Задорожная О.В. – 33  
Захарова Н.М. – 31

### **И**

Ирмухамедов Т.Б. – 6

### **К**

Клименко Е.А. – 8  
Кондратович А.В. – 55  
Корнетова Е. Г. – 13  
Кутас Э.А. – 53

### **Л**

Леонова А.В. – 44

### **М**

Мелёхин А.И. – 35  
Молоковская Е.А. – 42

### **Н**

Носачев Г.Н. – 26  
Носачев И.Г. – 26

### **О**

Обухов Н.Г. – 28  
Овчинникова И.В. – 39  
Охапкин А.С. – 46

### **Р**

Румянцева Н.Д. – 33

### **С**

Северова Е.А. – 46  
Смирнов О.Р. – 15  
Стрельчяня Е.В. – 53

### **Т**

Туровская Н.Г. – 55  
Туровская О.Д. – 55

**У**

Уваров И.А. – 28

**Х**

Худикова Е.Т. – 33

Хяникяйнен И.В. – 42

**Ч**

Черенков А.А. – 28

**Ш**

Шмакова О.П. – 17

