МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. И. ПИРОГОВА

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 ИМ. Н.А. АЛЕКСЕЕВА

I ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА ПСИХИАТРИИ: СОЮЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ

110 ЛЕТ КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ РНИМУ ИМ. Н. И. ПИРОГОВА

ТЕЗИСЫ

Под общей редакцией доктора медицинских наук А. А. Шмиловича

Москва
2016

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. И. ПИРОГОВА

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Психиатрическая клиническая больница № 1
им. Н.А. Алексеева

I ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики

110 лет кафедре психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова

25 мая 2016 г.
ТЕЗИСЫ
Под общей редакцией доктора медицинских наук
А. А. Шмиловича

Москва
2016

УДК 616.89
ББК 56.14 88.4
У59

У59 **I Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики», 25 мая 2016 г., г. Москва.** Тезисы. Под общей редакцией доктора медицинских наук А.А. Шмиловича. М. – 2016. – 142 с.

ISBN

Издание подготовлено к I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики», 25 мая 2016 г., г. Москва. Конференция посвящена 110-летию со дня основания РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедры психиатрии и медицинской психологии.

Сборник содержит тезисы научных работ, посвященных широкому кругу вопросов теоретической и практической психиатрии.

Редакторы: к.м.н. А.Я. Басова, к.м.н. А.В. Соколов

УДК 616.89
ББК 56.14 88.4

ISBN

© Авторы, текст, 2016
© А.В.Соколов, оформление, 2016

Глубокоуважаемые коллеги!

Российская университетская медицина – это не только научный, но и культурный феномен. В клиниках при университетах делались важные открытия не только в области практической и фундаментальной медицины, но и формировались прогрессивные этические и социальные нормы.

Сегодня, в XXI веке, мы возвращаемся к Университетской Клинике, выстраивая новые формы научной, клинической и педагогической работы, отражением которых и должна стать эта юбилейная конференция. Она посвящена 110-летию со дня основания РНИМУ им. Н.И. Пирогова и кафедры психиатрии. Именно в 1906 г. был основан медицинский факультет Московских Высших женских курсов, на котором была открыта и кафедра психиатрии, возглавляемая профессором Н.Н. Баженовым. Курсы в дальнейшем преобразовали во 2-й Московский государственный университет, из которого в 1930 году выделился самостоятельный 2-й Московский государственный медицинский институт, а с 2011 г. – Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет имени Н.И. Пирогова.

Присланные Вами научные работы охватывают широкий спектр теоретических и практических проблем психиатрии. Это история психиатрии, клинико-диагностические аспекты психических расстройств, актуальные вопросы детской и подростковой психиатрии, биологические основы психических расстройств и персонализированная психиатрия в свете последних достижений генетики и эпигенетики, социальная психиатрия в условиях деинституализации психиатрической службы, современные аспекты психофармакотерапии и психотерапии, вопросы студенческого и постдипломного преподавания психиатрии и смежных дисциплин.

Благодарим всех коллег, принявших участие в создании этого сборника.

Желаем Вам дальнейших творческих успехов!

Организационный комитет

Содержание

Абрамов А.В., Панкова О.Ф., Усачева Е.Л.
Анализ нозологической и половозрастной структуры психической патологии детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Научно-практическом центре детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ за период с 1999 по 2015 гг. 11

Акжигитов Р.Г., Дачевская И.И., Гехт А.Б.
Донская лечебница – вехи истории и требования современности . . . 12

Альбицкая Ж.В.
Роль отягощающих факторов в генезе умственной отсталости легкой степени 15

Басова А.Я.
Патоморфоз психических расстройств или новые формы патологии? 17

Бебчук М.А., Марченко А.М.
Сотрудничество с родителями душевнобольного ребенка: реальность и перспективы 18

Белокрылов И.В., Семиков С.В.
Современное состояние и перспективы «стационарной» психотерапии. 20

Белоусов П.В., Столярова Л.В.
Психолого-психиатрический аспект исторического мифа в контексте династического кризиса Смутного времени 21

Бородин В.И.
Психологические защитные механизмы: клинико-терапевтические аспекты 26

Брюхин А.Е., Марилов В.В., Линёва Т.Ю., Белокрылов И.В., Артемьева М.С., Сулейманов Р.А., Музыченко Г.Ф., Оконишникова Г.Ф.
История изучения нарушений пищевого поведения на кафедре психиатрии и медицинской психологии РУДН: психопатологический и терапевтический аспекты 28

Бурно М.Е.
О самом главном в психотерапии 29

Буромская Н.И., Смирнов И.И., Панкова О.Ф.
Некоторые подходы к диагностике и оказанию помощи детям и подросткам с аутоагрессивным (суицидальным) поведением 31

Бурыгина Л.А., Шмилович А.Л., Солохина Т.А., Рытик Э.Г.
Повышение эффективности реабилитационной работы в условиях территориального объединения 33

Вандыш-Бубко В.В., Пивоварова П.А.
Катамнез психических расстройств подросткового возраста 34

Вишняков Ю.В., Десятниченко И.В.
Коррекция синдрома гиперпролактинемии каберголином при фармакотерапии антипсихотиками 36

Волель Б.А., Трошина Д.В.
Соматические заболевания (на модели кардиоваскулярной патологии) и шизофрения 38

Волошина Е.В., Шмилович А.А. , Савчук Н.М.
Модель психообразовательной работы с пациентами, страдающими шизофренией с длительным сроком пребывания в стационаре 39

Воскресенский Б.А., Омельяненко А.Д.
Некоторые клинические и психотерапевтические аспекты синдрома антагонистического бреда 41

Гончаренко С.Н., Шмилович А.А.
Анализ клинических и психосоциальных факторов формирования мотивационного профиля добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией 43

Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Боброва Н.В., Кузьмич Г.В.
Расстройства локомоторики в структуре психического дизонтогенеза 45

Данилова Л.Ю., Киреева И.П.
Очаговая алопеция и тревожно-депрессивные расстройства 47

Дворянинова В.В.
Когнитивные нарушения у родственников детей, больных ранним детским аутизмом 48

Дорина И.В., Панкова О.Ф.
Распространенность и клиническая типология шизотипического расстройства среди пациентов психоневрологических диспансеров г. Москвы 50

Дороженок И.Ю.
Нозогенные расстройства при хронических дерматозах 51

Жатько Е.В.
Использование интегративного подхода и клиент центрированной направленности в психотерапии 53

Жиляева Т.В., Сергеева А.В., Благонравова А.С.
Психопатологические особенности больных шизофренией с носительством генетического полиморфизма обмена фолатов MTHFR677C>T 55

Журавлев И.В.
О специфике курса психиатрии для студентов-психологов 56

Захарова Н.В., Шмилович А.А., Угаров И.В., Ободзинская Т.Е.
Пример биоинформационной системы в психиатрической практике 58

Казаковцев Б.А.
Развитие сети психиатрической помощи на региональном уровне . . 59

Казанцева Э.Л.
Сравнительно-возрастные особенности фобических расстройств в детско-подростковом возрасте 61

Калашников Д.И., Портнова А.А.
Особенности оказания психиатрической помощи при наводнениях . 62

Кибрик Н.Д.
Роль сексуальных дисгармоний в формировании парной дезадаптации 65

Киреева И.П., Шулекина Ю.А., Атмашкина О.М., Валюс Е.К.
Медико-педагогический подход к специальному сопровождению детей-инвалидов с детским аутизмом 66

Кокорина М.В., Шмилович А.Л., Якушенко А.В., Басова А.Я.
Роль музея психиатрической больницы в психопросвещении и психообразовании пациентов 68

Колпаков Я.В.
Руминация тревожно-депрессивных переживаний
у лиц молодого возраста 71

Колюцкая Е.В.
Обсессивно-компульсивные и кататонические симптомокомплексы
в рамках шизотипического расстройства 72

Конина М.А., Вишневская О.П., Трофимчук А.М.
Организация психотерапевтической и психокоррекционной работы
с мальчиками-подростками в условиях острого подросткового
отделения ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» 74

Коньков В.И., Шмилович А.А.
Аффективные расстройства у больных с синдромом зависимости
от опиоидов 75

Кравченко Н.Е.
Гендерные аспекты расстройств поведения и настроения
у подростков 77

Кулешова Е.О., Строганов А.Е.
История исследования острых полиморфных расстройств 78

Куфтяк Е.В., Черноградский Е.А.
Копинг-поведение как маркер риска психической дезадаптации 80

Левина С.Д., Серебрякова Т.Л.
Опыт психотерапевтических занятий с комбинацией элементов
арттерапии и релаксационно-суггестивных методик 82

Любченко М.Ю.
Инновационные направления в подготовке специалистов,
работающих в сфере психического здоровья 83

Малиночка С.А., Дейч Р.В.
Особенности коморбидных связей патологических хобби с другими
расстройствами шизофренического круга 85

Маркова И.П.
Нарушения сознания в остром периоде инсульта 86

Медведев В.Э.
Дисморфия в структуре психических расстройств пациентов
пластического хирурга 88

Миникаев В.Б.
Актуальность использования коучингового подхода в медико-реабилитационной работе психиатрических учреждений 89

Михалевская О.В., Бедина И.А.
Опыт оказания медико-психологической помощи родственникам погибших в авиакатастрофах 91

Насырова Р.Ф., Иващенко Д.В., Сосин Д.Н.
Влияние полиморфизма генов DRD2 и HTR2A на развитие антипсихотик-индуцированных метаболических нарушений: предварительные результаты проспективного исследования у пациентов, проживающих на территории Российской Федерации . 92

Омельченко М.А., Румянцев А.О., Каледа В.Г.
Оценка риска манифестации эндогенных приступообразных психозов у больных юношеского возраста с непсихотическими формами психических расстройств 94

Осколкова С.Н.
Жозеф Гислен и современная психиатрия 96

Панкова О.Ф., Гусманова З.К., Иоаннисянц О.М.
Формирование синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинского вуза и возможности его предупреждения 97

Панкова О.Ф., Денисов А.А., Качарава Т.О.
Распространенность и структура пограничных психических расстройств у студентов медицинского университета в условиях реформ здравоохранения и профессионального образования 99

Панкова О.Ф., Шаговенко Е.Н., Денисов А.А., Карачава Т.О.
Использование интерактивных методов в преподавании психиатрии 101

Панкова О.Ф.
Современные подходы к психиатрическому образованию и дальнейшему трудоустройству выпускников медицинских вузов . . 102

Пережогин Л.О.
Интернет-аддикция и коморбидные ей состояния у детей и подростков 105

Полищук Ю.И.
О значительном преобладании биологической психиатрии в современной биопсихосоциальной парадигме 106

Резник И.М.
Значение личности психиатра в терапевтическом и экспертном процессах 108

Ромасенко Л.В.
Современная концепция психосоматических расстройств: вклад О.В. Кербикова 110

Руднева И.К.
Случаи гипнотерапии компьютерной зависимости у детей 111

Савенко Ю.С.
Анализ ошибок как необходимое направление исследований в психиатрии 113

Савушкина О.К., Терешкина Е.Б., Прохорова Т.А.
Падение уровня креатинфосфокиназы В в мозжечке при психических расстройствах (шизофрении и болезни Альцгеймера) 114

Свинцова А.В., Атмашкина О.М., Панкова О.Ф.
Агрессивные проявления в клинике психических расстройств у пациентов детской психиатрической больницы 115

Семенова Н.Д., Новак П.
Психологические аспекты психосоциальной реабилитации в психиатрии: сближение и диалог разных подходов 117

Сергеев И.И., Шмилович А.А., Файнштейн Т.А.
Виды эротического бреда в структуре эндогенных психозов 118

Смирнов О.Р.
Особенности психометрической оценки тревожных состояний при деменциях 119

Туровская Н.Г.
Психологическая помощь детям с судорожными пароксизмами в анамнезе 121

Мухаммаддилшод Иззатулло Угли Турсунов
К вопросу о возможности повышения эффективности терапии преждевременной эякуляции 122

Уланова А.В., Алехин М.И.
Из истории психиатрии. Записки 1912 года пациента психиатрической клиники 124

Худяков А.В., Суриина А.Е., Урсу А.В.
Болонский процесс в обучении психиатров: невыученные уроки . . . 125

Чеботарева С.Ю., Шмилович А.А.
Клиническая структура и прогностическое значение ангедонии как предиктора суицидальности 127

Чугунов Д.А.
Клинические особенности и причины госпитализации больных с тревожно-фобическими расстройствами в общепсихиатрический стационар 128

Чумаков Д.В., Ярославская М.А., Давыдова И.А.
Структура личности пациентов с коморбидным течением хронического фарингита и депрессивных расстройств 129

Шмакова О.П.
Вопросы клинической динамики и социальной адаптации умственно отсталых 131

Шмилович А.А.
Непрерывный континуум психических расстройств (клинические прототипы, краевые состояния, переходные синдромы) 133

Шемякина Т. К., Воскресенский Б.А., Мухорина А.К., Ответчиков М.И.
Реакции дезадаптации 134

Angel Irina (Эйнджел Ирина Витальевна)
Improving the Psychiatry Education Experience in Medical School 137

Ягубов М.И., Кан И.Ю.
Особенности клиники и терапия нарушений либидо при непсихотических психических расстройствах 138

Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихина И.А.
Концепция научных основ современной системы психиатрической помощи: союз науки и практики 140

Анализ нозологической и половозрастной структуры психической патологии детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Научно-практическом центре детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ за период с 1999 по 2015 гг.

Абрамов А.В., Панкова О.Ф., Усачева Е.Л.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, г. Москва

Актуальность проблемы. Наиболее высокие уровни общей заболеваемости в Российской Федерации приходятся на детско-подростковый и юношеский возраст, что требует самого пристального внимания к развитию служб охраны психического здоровья детей и подростков, включая дальнейший пересмотр подходов к оказанию психиатрической помощи (Е.В. Макушкин с соавт., 2014 и др.).

Цель исследования. Выявление значимых тенденций в нозологической и половозрастной структуре психических расстройств за период с 1999 по 2015 гг.

Материалы и методы. Данные медицинской документации пациентов, получавших стационарное лечение на базе ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ за каждый изученный год. Обработка материалов проводилась с использованием таблиц MicrosoftExcel.

Полученные результаты и их обсуждение. В период с 1999 по 2015 год на стационарном лечении находилось от 1812 до 2571 пациентов, в среднем 2038±230. По гендерному признаку отмечается стойкое преобладание доли лиц мужского пола над женским практически во всех нозологических группах в соотношении 70±2 % на 30±2 %.

Оценка возрастной структуры показала уменьшение числа пациентов в возрасте 11–17 лет (58±2 % в 1999 г., 38±2 % в 2015 г.) и возрастание числа пациентов в возрасте до 7 лет (20±2 % в 1999 г., 38±2 % в 2015 г.). Количество пациентов в возрасте 7–10 лет оставалось относительно стабильным. Выявлены устойчивые тенденции перераспределения психических расстройств в детском и подростковом возрасте в сторону «омоложения», связанные с ростом патологии развития.

Данные по нозологическим формам свидетельствуют о превалировании пациентов с диагнозами из разделов органические, включая

симптоматические психические расстройств, умственная отсталость и расстройства психологического (психического) развития. При этом, если количество пациентов с диагнозом умственной отсталости оставалось относительно стабильным – от 22±2 % до 26±2 %, то доля органических расстройств уменьшилась с 40±2 % в 1999 году до 16±2 % в 2015 г. Наибольший рост отмечен в группе расстройств развития с 8±1 % в 1999 г. до 36±2 % в 2015 г. Относительно стабильные в целом показатели расстройств шизофренического спектра (8–12±1 %) выявили существенные изменения внутри группы в виде четырехкратного роста непсихотических форм в рамках шизотипического расстройства: с 10±4 % в 1999 г. до 40±6 % в 2015 г. Стабильными оставались показатели распространенности аффективных расстройств – 3–4±1 %, и невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройства – 2±1 %. Доля эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте выросла на 2–3 % с 6–7±1 %, до 10±1 % в 2015 г. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами держатся на уровне менее 1 %.

Можно предположить данные тенденции и в среднесрочной перспективе, что необходимо учитывать при организации психиатрической помощи, включая помощь смежных специалистов (дефектологов, логопедов).

Донская лечебница – вехи истории и требования современности

Акжигитов Р.Г., Дачевская И.И., Гехт А.Б.

ГБУЗ Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева ДЗМ, г. Москва

История преподавания психиатрии в медицинских университетах России неразрывно связана с практическим здравоохранением. При этом на ранних этапах развития медицинской науки психиатрия и неврология представляли собой единое целое и преподавались в качестве единой специальности. Аналогичной была и профилизация больниц. В 2014 году исполнилось 100 лет со дня основания Донской психоневрологической лечебницы, на базе которой студенты Высших женских

курсов постигали азы психоневрологии. Основатель клиники профессор Н.Н. Баженов проводил в жизнь систему нестеснения (no-restraint) больных и собственным примером, беря на себя обязанности врача и сиделки, демонстрировал персоналу как лучше обходиться с психическими больными. В дальнейшем в больнице работали выдающиеся деятели отечественной психиатрии, внесшие значительный вклад как в изучение психических расстройств, так и в методологию преподавания. На протяжении почти 40 лет в клинике работал академик В.А. Гиляровский, возглавлявший и кафедру психиатрии 2-го Медицинского института. Под его руководством больница сформировалась как учреждение нового типа, где должны были лечиться не только больные с выраженным психозом, но и с начальными, мало выраженными проявлениями психотических расстройств, а также больные с пограничными состояниями. При непосредственном участии В.А. Гиляровского была разработана и успешно внедрена методика групповой или, как она тогда называлась, коллективной психотерапии. Много внимания Василий Алексеевич уделял фундаментальным проблемам клинической психиатрии – вопросам о роли экзогенных факторов в этиологии психических расстройств, сущности и патогенезе шизофрении, о причинах неврозов, о патогенезе и клинике реактивных психозов и многим другим.

В 1921 году в больнице впервые в Советском Союзе было открыто детское психиатрическое отделение. Причем для школьников наряду с лечением проводился и педагогический процесс. В 1929 году на больничной территории был открыт психоневрологический диспансер, который в совокупности с лечебно-лабораторными площадями включало в себя физиотерапевтическое отделение, лекционный зал и библиотеку. В 1930 году был открыт логопедический полустационар для дошкольников на 50 мест, создана так называемая «детская площадка» с передовой методикой «логопедическая ритмика», посредством которой эффективно велась работа с заикающимися детьми. В 1937 году при больнице был открыт один из первых в Советском Союзе дневных стационаров на 100 человек. Данная форма ведения пациентов в наиболее щадящих и сохраняющих их социализированность условиях остается актуальной и востребованной до сегодняшних дней.

В 1952 году кафедру психиатрии 2-го Медицинского института возглавил профессор О.В. Кербиков (1907–1965), который читал лекции

и консультировал пациентов больницы, а с 1955 по 1958 г. являлся ректором института. Под руководством его на базе больницы активно готовились научные кадры и практические врачи-психиатры, широко велась научно-исследовательская деятельность. В 1962 г. он стал действительным членом Академии медицинских наук СССР, с 1963 г. – ее главным ученым секретарем. О.В. Кербиковым оставлено богатое научное наследие в виде типологии психопатий.

В 1965 году заведующим кафедрой психиатрии 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова был избран Г.К. Ушаков (1921–1981). Он продолжал развивать направление изучения пограничных психических расстройств, начатое О.В. Кербиковым, уделяя большое внимание сравнительно-возрастным аспектам, закономерным тенденциям формирования личности. Г.К. Ушакову были свойственны энциклопедическая образованность и широкая эрудиция. Его вкладом в клиническую психиатрию явились критерии нормы психического здоровья, понятия дизонтогенеза, определение клинического метода, введение преподавания медицинской психологии в программы медицинских институтов.

На протяжении длительного периода времени в больнице, носящей имя советского организатора здравоохранения З.П. Соловьева, работали и преподавали профессора Н.Д. Лакосина, М.М. Трунова, И.И. Сергеев. В 1972 г. больница была реорганизована в «Клинику неврозов». Благодаря данной новации пациенты с пограничными формами психических расстройств смогли получать квалифицированную помощь психиатров без последствий в виде постановки на диспансерный учет и возвращаться к труду с полным восстановлением трудоспособности. Данное решение явилось значимым прорывом в области дестигматизации психиатрической помощи, ее сближении с общегородской медицинской сетью, повышения доверия населения к психиатрам. При этом все лечебные мероприятия проводились под непрерывным мониторингом не только лечащего врача-психиатра, но также консультантов – специалистов практически всех медицинских специальностей.

В 2012 году клиника переименована в Научно-практический психоневрологический центр. С этого времени расширены показания к госпитализации и спектр выполняемых диагностических и лечебных мероприятий, открылось широкое поле для научных исследований в области психиатрии и неврологии. Новый импульс приобрело совместное

сотрудничество с базирующимися кафедрами и отделениями научных центров и институтов, призванными совершенствовать проводимый лечебно-диагностический процесс, а также вести научную работу как в области фундаментальных сопряженных с неврологией и психиатрией наук, так и в области прикладного применения научных знаний. Активное научное сотрудничество по линии Всероссийского неврологического и психиатрического обществ осуществляется со многими регионами России. Налажено взаимодействие с ведущими клиниками и научно-исследовательскими центрами стран Европы и США.

Благодаря успехам медицины и повышению образованности широких слоев населения в вопросах сохранения своего здоровья, увеличивается продолжительность жизни людей. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2050 году число лиц старше 60 лет удвоится и достигнет 2 миллиардов, что приведет к росту числа заболеваний, характерных для старших возрастных групп, в том числе и ряда психических расстройств. При этом этиология, патогенез и методы профилактики многих из них до сегодняшнего дня представляют собой одну из наиболее сложных и нерешенных задач современной медицинской науки. Необходим разнонаправленный поиск предикторов и биологических маркеров, которые позволяли бы максимально рано выявлять начинающееся заболевание и предотвратить его развитие или модифицировать течение. Большое значение имеют поиск методов ранней диагностики заболеваний, развитие системы непрерывного медицинского образования, реализация стратегий формирования здорового образа жизни.

Роль отягощающих факторов в генезе умственной отсталости легкой степени

Альбицкая Ж.В.

ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, г. Нижний Новгород

Целью настоящей работы явился анализ влияния наследственной отягощенности по нервно-психическим заболеваниям, а также антенатальной, интранатальной и перинатальной патологии на формирование умственной отсталости (УО) легкой степени.

Материалы и методы исследования. В клиническую выборку вошло 327 детей в возрасте от рождения до 14-ти лет с диагнозом УО легкой степени (F70.x по МКБ-10). Анализу подвергались сведения из обменных карт беременных и историй развития ребенка. Учитывалась наследственная отягощенность по нервно-психическим заболеваниям, экстрагенитальная патология матери, сведения о предшествующем акушерском анамнезе, течении беременности и осложнениях родового периода, патология раннего возраста.

Результаты и их обсуждение. Среди наследственных факторов одно из первых мест занимали алкоголизм одного или двух родителей (54,4 % и 23,5 % соответственно); умственная отсталость (39,3 % и 11,9 %) и органические заболевания ЦНС (22,9 %), а также расстройства личности (24,2 %). Эндогенная патология (шизофрения и биполярное аффективное расстройство у родителей и ближайших родственников встречалась редко (1,4 %). В этой же группе было представлено неблагоприятное воздействие отрицательных микросредовых факторов – опекунство, проживание детей в детском доме и психоневрологическом интернате и составивших общую группу «дети-сироты» (123 набл., (37,6 %). Результаты изучения особенностей экстрагенитальной, антенатальной и перинатальной патологии позволили установить ведущее значение соматической патологии у матерей, а так же таких экзогенно-органических вредностей, как токсикоз 34,8 %, преэклампсия 15,6 %, хроническая внутриутробная гипоксия плода 52,3 %, недоношенность 22,3 % и родовые травмы 15 %. Также, в возрасте до трех лет 57 детей (17,4 %) перенесли нейроинфекции различной степени тяжести, а 21 ребенок (6,4 %) получил черепно-мозговую травму.

Таким образом, анализ наследственной отягощенности, экстрагенитальной патологии, интранатальных, перинатальных и постнатальных поражений центральной нервной системы и анализ психопатологической отягощенности у обследованных детей показал их высокое значение в генезе УО, что создает определенную картину для своевременной ранней диагностики и повышает необходимость разработки адекватных терапевтических и реабилитационных мероприятий, направленных на повышение качества жизни детей угрожаемых в отношении развития умственной отсталости.

Патоморфоз психических расстройств или новые формы патологии?

Басова А.Я.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Стремительное развитие новых информационных технологий во второй половине XX века привело к значительному изменению социального и культурного ландшафта нашей эпохи, что не могло не найти отражения с области психического здоровья. Согласно биопсихосоциальной модели в психиатрии, подобные изменения не могут не повлечь за собой патоморфоз хорошо известных нам психических расстройств, оказывая заметное влияние на их феноменологию, течение и поведенческие нарушения, а в ряде случаев облегчая их возникновение.

К последним относятся интернет-зависимость и киберхондрия. Во всех этих случаях роль Интернета как патогенетического фактора требует дальнейшего изучения. Имеющиеся у нас данные свидетельствуют о наличии психических расстройств, предшествовавших манифестации основного заболевания. В ряде случаев т.н. интернет-зависимости, в преморбиде отмечались выраженные шизоидные или, реже, психастенические черты, затруднявшие социализацию пациента. В такой ситуации физическая непредставленность сетевого общения, отсутствие невербального компонента коммуникации, возможность отыгрывать различные роли, значительно расширяли коммуникативные возможности пациентов и вели к предпочтению интернета как основного средства общения. Возникает вопрос о правомерности отнесения подобных состояний к аддикциям, поскольку использование Интернета обеспечивает возможность социальной адаптации таких пациентов.

Сетевые технологии играют ключевую роль в возникновении киберхондрии, понимаемой как «безосновательно преувеличенное беспокойство за здоровье при общих симптомах, основанное на поиске данных и соответствующей литературы в Интернете». В большинстве случаев подобные состояния возникали на фоне уже существующих депрессивных, сенесто-ипохондрических или обсессивно-компульсивных расстройств, что ставит под сомнение правомерность выделения киберхондрии как отдельной нозологической категории.

Анонимность и кажущаяся сложность идентификации пользователей Интернета привела к смещению ряда форм девиантного поведения в сеть, а также к появлению новых форм патологического поведения, характерных именно для сетевого сообщества, таких как кибербуллинг, киберсуицид и киберсекс. Однако в основе подобного поведения, как правило, лежат психические заболевания или расстройства личности, не связанные с информационными технологиями.

Таким образом, в настоящее время нельзя с уверенностью сказать, что новые информационные технологии ведут к появлению новых психических заболеваний, скорее мы имеем дело с патоморфозом уже известных душевных расстройств. Следует с осторожностью относиться к расширению сферы психической патологии. С другой стороны, новые возможности, представленные Интернетом, могут помочь многим людям, страдающим душевными заболеваниями, найти свое место в обществе.

Сотрудничество с родителями душевнобольного ребенка: реальность и перспективы

Бебчук М.А*., Марченко А.М.**

**ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*
***ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва*

Лечение заболеваний детского возраста осуществляется в контакте с законными представителями ребёнка по юридическим основаниям и потому, что это продиктовано реалиями жизни. По существу на родителей возлагается раннее выявление симптомов, выбор «маршрута» к специалисту, «перевод» симптомов в жалобы врачу, принятие решения о методах диагностики, приеме лекарств, госпитализации, видах коррекции или мероприятиях по развитию ребёнка, осуществление назначений и предписаний специалистов, преемственность лечения при смене врача и контроль за динамикой состояния. Несмотря на доказанную эффективность включения родственников в лечебные и реабилитационные мероприятия при многих психических расстройствах детского возраста, организация медицинской помощи в большинстве

психиатрических учреждений практически исключает привлечение ресурсов семьи.

С целью выявления реабилитационного потенциала семей психически больных детей, в 2015 году было исследовано мнение 200 родителей, госпитализирующих ребенка в плановом порядке в НПЦПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗ г. Москвы. Родители в приемном покое заполняли авторскую анкету, содержащую вопросы о ресурсах семьи, о потребности участвовать в лечении ребенка или в собственной психотерапии, о готовности сотрудничать со специалистами во время пребывания в больнице и после выписки. Кроме того, проанализировано содержание «свободой строки» (возможность родителей написать комментарии и пожелания) анкеты этой же медицинской организации о качестве предоставляемой помощи за 2015 год, которую родители заполняли при выписке (610 штук). Исследование показало, что более половины опрошенных видят себя активными участниками лечебного процесса; при этом позиция родителей при первичной и повторной госпитализации достоверно отличается по многим пунктам; при увеличении количества госпитализаций растет потребность родителей в непосредственном собственном участии в лечении; родители ребенка, госпитализируемого повторно, не имеют необходимых резервов для социализации и реабилитации. Независимо от кратности госпитализации родители заинтересованы в обучении коммуникативным и коррекционным приемам для формирования устойчивого навыка воспитания дома.

Организационные барьеры вовлечения родителей в помощь ребенку включают в себя: а) недостаток материальных условий; б) несовершенство нормативно-правовой базы с отсутствием прописанной процедуры участия родителей; в) особенности организационной культуры, определяемые убеждениями специалистов и организаторов здравоохранения; г) дефицит соответствующей подготовки в понимании преимуществ сотрудничества с родителями на всех уровнях системы здравоохранения.

Формирование стратегического партнерства с родителями требует изменения менталитета организаторов здравоохранения с признанием центральной роли семьи в процессе принятия решений по организации помощи ребенку в психиатрической практике и подготовку специалистов, имеющих работать с родителями/законными представителями психически больного ребенка.

Современное состояние и перспективы «стационарной» психотерапии.

Белокрылов И.В., Семиков С.В.

ФГАОУ ВО РУДН, г. Москва

Психотерапия на современном этапе становится методологически все более интегративной, однако в этой интеграции всегда просматривается одна из двух генеральных линий – психодинамическая или поведенческая. Этот тезис подтверждается данными обзора современной литературы. Среди англо-американских, европейских и японских публикаций на тему психотерапии психиатрических пациентов в клинических условиях примерно 35 % посвящены различным аспектам применения психоаналитического метода и почти столько же – когнитивно-поведенческого; около 25 % работ описывают результаты использования синтетических методов, представляющих соединение, в основном, двух упомянутых подходов. И лишь около 5 % работ сообщают о психотерапии других модальностей в пограничной клинике.

В основе когнитивно-поведенческй психотерапии лежат теории обучения и информации. Она направлена на слом патологических паттернов симптоматического и/или психопатического поведения, обеспечение когнитивного контроля над тревожными импульсами страха и бегства, а также над аутодеструктивными и агрессивными тенденциями, на удержание пациента в семейной и профессиональной среде, на профилактику обострений. На современном этапе психотерапия этого типа зарекомендовала себя в качестве базисного пособия обеспечения комплаентности пациента в лечебно-реабилитационном процессе, его мотивирующего сопровождения на этапах психофармакотерапии. Основные ограничения в применении КПП относятся к недостаточным возможностям метода корректировать личностные структуры, блокирующие мотивацию пациента на лечение и те интрапсихические факторы, которые определяют «первичные выгоды» болезни. На эти структуры и их динамические трансформации фокусирует свое лечебное воздействие психоаналитический метод; он расширяет диапазон доступных для осознания и анализа внутренних конфликтов, задействованных при формировании психопатологических и личностных

расстройств различного уровня. Последнее время разработаны адекватные личностным параметрам пограничных и психотических больных лечебные технологии, в частности, экспрессивная форма психоаналитической психотерапии, в основе которой заложен перенос теории «связи с объектом» на психиатрический стационар. Выдвинуто до сих пор актуальное положение о том, что психоаналитическая психотерапия в стационаре может и/или должна инициироваться директивно. Также условия стационара диктуют краткосрочную форму проведения психотерапии; при этом данная форма доказывает свою эффективность. Третьей характерной особенностью эволюции психоаналитического метода в психиатрической клинике является все более широкое применение группового анализа.

Сопоставляя приведенные в обзоре данные с ситуацией в отечественной психотерапии, можно констатировать, что наибольший дефицит у нас прослеживается в отношении поведенчески-ориентированных методов; их развитие могло бы существенно оптимизировать лечебно-реабилитационные программы в психиатрии.

Психолого-психиатрический аспект исторического мифа в контексте династического кризиса Смутного времени

Белоусов П.В.*, Столярова Л.В.**

**Филиал ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»*
Психоневрологический диспансер №1, г. Москва
***Федеральное государственное бюджетное учреждение науки*
«Институт всеобщей истории РАН», г. Москва

15 мая 1591 г. в удельном Угличе погиб младший брат царя Федора Ивановича восьмилетний сын Ивана Грозного от Марии Нагой и фактический наследник престола царевич Дмитрий. Сразу же родилась версия о злодейском убийстве царевича и названы злоумышленники: сын дьяка М. Битяговского Данила, его племянник Н. Качалов и сын царевичевой мамки О. Волохов. Вместе с самим дьяком и еще несколькими посадскими людьми и слугами они были зверски убиты толпой. Расследовавшая обстоятельства гибели царевича Следственная

комиссия В.И. Шуйского пришла к выводу о случайном самозаклании Дмитрия в припадке «черной болезни падучей» (эпилепсии), однако рожденный в день трагедии миф о злодейском убийстве царевича расползся по стране. Опоэтизированный А.С. Пушкиным в величайшей национальной трагедии «Борис Годунов» и получивший подтверждение в опере М.П. Мусоргского, он благополучно дожил до наших дней. Каковы психолого-психиатрические аспекты этого мифа и виновен ли Б.Ф. Годунов в смерти царевича?

Дмитрий Угличский умер в тот период, когда правительство Федора Ивановича и Б. Годунов менее всего думали о нем, как о реальном наследнике престола. Сомнительное происхождение Дмитрия Угличского от шестого (или даже седьмого) неканонического брака Ивана Грозного при жизни царя Федора всячески подчеркивалось. Накануне коронации Федора царевич Дмитрий с матерью и родственниками Нагими был выслан из Москвы в Углич на удел. В день коронации еще провозглашалось здравие царю с «царицей Ириной и со своим братом со князем с царевичем Дмитрием Ивановичем», однако вскоре Федор запретил поминать имя Дмитрия при богослужении. Незаконнорожденность младшего сына Ивана Грозного подчеркивалась и тем, что он был похоронен в Угличе без оказания ему царских почестей. Его тело якобы нетленным было перемещено в Москву в Архангельский собор только в связи с затеянной В.И. Шуйским процедурой пересмотра итогов Угличского следствия и канонизации Дмитрия. Все манипуляции с телом производились в 1606 г., в условиях Крестьянской войны и в связи с отчаянной попыткой правительства Шуйского пресечь появление на российском престоле очередного Самозванца (Лжедмитрия II). В 1580–1590-е годы усилия царской четы были направлены на рождение собственного ребенка, с которым связывались надежды на продолжение династии московских Рюриковичей. Как ни странно, шансы царевича Дмитрия получить трон и шапку Мономаха возрастали тем больше, чем больше проходило времени со дня его трагической гибели и чем более обострялся династический кризис. К тому времени, когда у российского престола отчетливо замаячила фигура Лжедмитрия I, уже никто и не вспоминал, от какого брака своего отца был рожден царевич Дмитрий, и может или нет его происхождение считаться законным.

Только родственники царевича Дмитрия по линии его матери – Нагие – с самого момента кончины Ивана Грозного были озабочены статусом наследника для его младшего сына при бездетном старшем. Именно Нагие связывали свои перспективы у трона с именем Дмитрия Угличского, именно они, находясь рядом с маленьким, с рождения больным, подверженным жестоким приступам «черной болезни падучей» ребенком, были обуреваемы почти животным страхом за его жизнь. Эта его жизнь и самое имя младшего сына Ивана Грозного давали им призрачную, но надежду когда-нибудь поближе подобраться к власти. Основания опасаться решительных действий Москвы: Нагих уже «имали за приставы», и в Угличе они находились на положении сосланных. Страх за жизнь царевича порождал в их сознании ненависть ко всем, кто был связан с действующим монархом и всесильным правителем Б.Годуновым. Ненависть быстро распространилась на государева дьяка М. Битяговского, фактически управлявшего Угличем, и на его окружение. Смешавшись с мнимыми и явными страхами клана Нагих, она породила побоище в Угличе 15 мая 1591 г. и события весны-лета 1591 г. в Угличе, Ярославле и Москве, вошедшие в историю как «измена Нагих». Не способствовало спокойному восприятию жизненных реалий Нагими и постоянное нахождение ведуний и ведунов в окружении царевича, которые ворожили на долголетие царя Федора и его жены Ирины. Современники оставили свидетельства о ходивших в конце 1580-х годов слухах о возможном отравлении царевича. Сам факт появления подобного слуха-пугала свидетельствует об эмоционально окрашенном интересе населения к этой проблеме.

Ранее мы постарались доказать, что гибель царевича произошла не в результате ножевого ранения, хотя оно, скорее всего имело место. Смерть наступила, по-видимому, в результате развившегося у Дмитрия эпилептического статуса. Грозное, смертельно опасное состояние Дмитрия Угличского во многом было обусловлено тем, что мальчик не получал (а в условиях своего времени и не мог получить) адекватного медицинского пособия. В лучшем случае его «держали» и оттаскивали от других во время приступа. В наиболее острые периоды болезни к нему приглашались ведуны и ведуньи (А. Мочалов, «жоночка уродливая» и др.), которые не лечили его, а только «портили». Косвенно это

говорит о тяжести течения его болезни, которая практически ничем не купировалась, быстро прогрессировала и не давала надежды на стойкую ремиссию.

Услышав крики, которые подняли лица, бывшие при наследнике, царица Марья бросилась к сыну на задний двор. Версия о том, что «царевича Дмитрия зарезали» была озвучена непосредственно на месте трагедии, когда царица принялась избивать Волохову поленом и выкрикивать имена предполагаемых убийц. Ни постельница М. Колобова, ни кормилица А. Тучкова в равной с Волоховой мере ответственные за судьбу царевича, не подверглись ни избиению, ни обвинениям. Это тем более странно, если учесть, что Мария Нагая застала умирающего сына на руках у Тучковой, которая сама переживала глубочайшее потрясение от того, что «не уберегла» мальчика. Вкупе с самообвинениями, ужас, который испытывала кормилица, могли бы вызвать если не разумную, то вполне понятную реакцию царицы на случившуюся трагедию. Именно Тучкова, не Волохова должна была первой попасть под горячую руку царицы. Однако этого не видим. Страшного гнева царицы удостоилась одна Волохова. При этом ребенок агонизировал, но еще не умер. Последние минуты жизни сына царица провела не возле него, а круша поленом голову Волоховой. Очевидно, что реакция царицы была болезненной, патологической. Очевидно и другое: для Марии Нагой гибель сына была событием в высшей степени страшным, но ожидаемым и многократно обсужденным. Именно поэтому сразу и безапелляционно были поименованы «злоумышленники», среди которых фигурировал Осип Волохов. Иными словами, список преступников был давно готов, и имена их легко слетали с уст несчастной матери, заранее уверенной в справедливости своих обвинений. Никакие мольбы Волоховой о «сыске праведном» и заверения, что ее сын Осип «на дворе не бывал», обращенные к царице, не способны были изменить ситуацию. Царица находилась в плену болезненных переживаний и бредовых идей.

Когда Волохова была избита до полусмерти, на звук набатного колокола начали сбегаться люди. Похватав топоры, сабли и рогатины, напуганные и возбужденные сигналом тревоги («чаяли, что пожар») угличане бросились к церкви св. Спаса и ко дворцу. Толпа формировалась на подворье угличских удельных князей, возле агонизирующего

царевича и его впавшей в безумие матери. Напряжение нарастало. Детали трагедии, произошедшей только что, передавались из уст в уста и обрастали подробностями. Позднее, уже во время следствия, многие участники тех событий повторяли: «мы… в те поры на дворе не были, а слышали…». Как известно, механизм эмоционального заражения в толпе сводится к эффекту многократного взаимного усиления эмоциональных воздействий общающихся между собой людей. Степень накала страстей находится в прямой пропорциональной зависимости от величины аудитории и состояния индуктора толпы. Мария Нагая, ставшая таким индуктором, начала выкрикивать имена «убийц» уже тогда, когда он еще агонизировал, т.е. во время избиения Волоховой. Вид обезумевшей от горя матери, требовавшей возмездия возле тела своего ребенка, не мог не возбуждать агрессивно заряженную вооруженную толпу. Реактивная ажитация царицы с последующим развитием у нее реактивного параноида послужила тем детонатором, который эмоционально взорвал толпу. В аффективном состоянии были и братья царицы. Здесь, во дворе, при огромном стечении народа, они видели не только умершего мальчика и его страдающую мать, но и переживали крах своих надежд. Смерть наследника навсегда перекрыла им вожделенный путь к трону. Отдавая приказ расправиться с Битяговским и другими «убойцами», Нагие не думали о последствиях и о неизбежной реакции Москвы. Первой ими была разгромлена Брусяная изба и убиты скрывавшиеся там М. Битяговский и Д. Третьяков. Потом толпа приступила к погрому Дьячей избы и избиению других «душегубцев царевичу» и их слуг.

Ситуация в Угличе неуловимо, но кардинально изменилась. Ни царица Марья, ни ее братья Михаил и Григорий, скорее всего, не давали приказа убить холопов Василисы и Осипа Волоховых. Эти убийства были спонтанными, произошедшими в порядке реакции на противодействие силе. Убивала агрессивная возбужденная толпа, которая в момент побития холопов не нуждалась ни в указаниях, ни в одобрении. Толпа выдвинула своих собственных лидеров, начала жить по своим законам. Трагическая судьба ожидала тех, кто был заподозрен в связях с дьяком М. Битяговским, его «людей» и слуг, а также «прихожих» к нему посадских. Все они были обвинены в пособничестве «убойцам». Насытившись кровью, толпа агрессивная, видимо, не без участия

Нагих превратилась в толпу стяжательскую. Михаил Нагой приказал грабить двор Битяговских: с палачами дьяка он расплачивался его же собственным добром.

Тяжесть заболевания должна была оставить глубокий след на личности Дмитрия. Он ни при каких условиях не мог оказаться тем человеком, который вошел в историю как Лжедмитрий I. Сохранившиеся описания Самозванца абсолютно исключают у него специфические болезненные черты личности, особенности мышления и речи, которые непременно должны были у него быть, если бы он, не лечась, с ранних лет страдал эпилепсией. Нет никаких сомнений в том, что в Угличе погиб именно младший сын Ивана Грозного и никакой подмены царевича другим мальчиком не было. Смерть царевича произошла без участия Б.Ф. Годунова, но оказалась той случайностью, которая в конце концов привела его к трону.

Психологические защитные механизмы: клинико-терапевтические аспекты

Бородин В.И.

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

Психиатрия с целью повышения собственной научно-практической эффективности на протяжении последних нескольких десятилетий пытается расширять узкие рамки классического клинико-психопатологического (клинико-феноменологического) подхода за счет других лечебно-диагностических парадигм: доказа тельной медицины, операциональной диагностики, новейших достижений нейронаук, а также клинической психологии, психотерапии и психоанализа. История классической психиатрии (знаменитая победа «соматиков» над «психиками») свидетельствует о ее близости к биологическим дисциплинам (нейронаукам) в гораздо большей степени, нежели к психологии и психотерапии, что дополнительно подтверждается широко известным негласным запретом на «психологизацию» при проведении психопатологического анализа психического состояния пациентов.

На этой основе среди психиатров, как ученых, так и практиков, распространено мнение о несомненном приоритете биологической терапии (психофармакотерапии) над психологическими методами лечения (психотерапией). Та же ситуация наблюдается и в области диагностики. Сохраняющийся биологический «уклон» имеет объективные основания, но одновременно мешает интеграции психотерапии в современную доказательную психиатрию.

Наличие в американской классификации психических расстройств DSM-IV целого раздела, посвященного психологическим защитным механизмам (ЗМ) и копинг-стратегиям в конечном счете заявляет об официальном статусе психотерапии как необходимого терапевтического метода в психиатрии и общей медицине, наравне с психофармакотерапией. При этом возникает актуальность учета и анализа ЗМ в рамках лечебно-диагностического процесса. В первую очередь, это касается невротических расстройств, включая стрессовые и адаптационные расстройства, расстройств личности и психического развития в целом, а также эндогенных психозов.

При тестировании и анализе ЗМ в клинической практике необходимо исходить из принципа баланса объективной и субъективной оценок, учитывая их специфические особенности: неосознаваемость, сугубая отнесенность к индивидуально-личностному плану (субъективности), полиморфизм поведенческих проявлений, одновременное присутствие клинико-психопатологического и адаптационного аспектов. В каждом конкретном случае индивидуальный спектр используемых ЗМ должен сопоставляться и в статике, и в динамике с клинико-психопатологической симптоматикой, с одной стороны, и адаптационными ресурсами личности, с другой.

Учет и анализ ЗМ в психотерапевтическом и реабилитационном процессах способствует их обьективации и тем самым повышению уровня доказательности при оценке и прогнозе как клинической, так и психологической эффективности, возможных нежелательных явлений, а также создает более надежную основу для сравнительных исследований методологически различных терапевтических и реабилитационных подходов.

История изучения нарушений пищевого поведения на кафедре психиатрии и медицинской психологии РУДН: психопатологический и терапевтический аспекты

Брюхин А.Е., Марилов В.В., Линёва Т.Ю., Белокрылов И.В., Артемьева М.С., Сулейманов Р.А., Музыченко Г.Ф., Оконишникова Г.Ф.

ФГАОУ ВО РУДН, г. Москва

Взгляды сотрудников кафедры на семиотику НПП и лечебно-реабилитационную тактику при этих заболеваниях претерпевали изменения по мере накопления знаний, с учетом изменений, происходивших как в обществе, так и в психиатрической науке и отражали проявления патоморфоза расстройств приема пищи. Важнейшим этапом в изменении взглядов на клинические проявления НПП явились 70-е годы прошлого века, когда в зарубежной научной литературе появилось понятие «нервная булимия» (НБ), которую стали дифференцировать от НА. В своих многочисленных научных работах сотрудники кафедры отражали собственные взгляды на неразрывное единство этих 2-х основных проявлений НПП, объединяющих их симптомах – дисморфофобических идей полноты, стремления к коррекции избыточной массы тела. Вместе с тем, в небольшом проценте наблюдений НБ не предшествует аноректический период, гипералиментация и повышенный аппетит возникают после психотравм, а в дальнейшем булимическая симптоматика может сменяться аноректическим синдромом. В подавляющем большинстве случаев НБ ей предшествует аноректический период, и тогда булимический симптомокомплекс расценивается как синдром, этап или вариант НА. Ранее на кафедре появление в клинической картине булимических расстройств рассматривалось как проявление неблагоприятной динамики НПП, в последние 10-летия неблагоприятным в плане прогноза и исходов при НПП считается наличие вомитомании в симптоматике булимического синдрома.

Необходимо отметить изменение взглядов на мужскую НА. До 60-х годов случаи мужской НА рассматривались как казуистика, в дальнейшем отмечался рост НА у мужчин, причём, преимущественно

в виде синдрома при шизофрении. Последние годы НА у мужчин всё чаще приобретает нозологическую структуру, приближающуюся к таковой у женщин.

В последние десятилетия отмечается рост атипичных и стертых форм НПП с преобладанием аффективных, тревожных, ипохондрических расстройств в структуре симптоматики, что требует особо тщательного дифференциально-диагностического подхода.

Изменился по нашим наблюдениям и возраст манифестации НПП: наряду с увеличением случаев развернутой клинической картины типичной НА в препубертатном и детском возрасте, отмечаются случаи НА и НБ у лиц инволюционного и пожилого возраста.

Не менее серьезные изменения произошли в терапевтической тактике при решении вопросов о лечении и реабилитации больных с НПП. Значительно увеличилось количество больных, направляемых как психиатрами, так и соматологами на инициальном этапе НПП и в период активной коррекции, что обусловило значительное снижение показателей госпитализации больных и осуществление лечения и реабилитации в амбулаторных условиях.

Появление и внедрение в психиатрическую практику атипичных нейролептиков, новых антидепрессантов и нормотимиков позволило оптимизировать лечебный процесс, уменьшить осложнения терапии, социально-трудовую дезадаптацию пациентов. Значительно шире в комплексной терапии НПП стали использоваться психотерапевтические методы лечения и психокоррекционные мероприятия.

О самом главном в психотерапии

Бурно М.Е.

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

Известно, что основное личностное расстройство при шизофрении – нарушение единства «я», схизис (расщеплённость). Поправить, хотя бы на время, это нарушение, поправить непсихотическим вдохновением с чувством самособойности, жизненного смысла способно не лекарственное, а лишь сложное психотерапевтическое воздействие.

И это – именно лечебное творчество (в широком понимании), потому что только творчество помогает чувствовать себя единым, неповторимым собою. Среди множества больных шизофренией, постоянно принимающих лекарства, дабы гасить психотику, немало тех, кому недостаточно «сонливого лекарственного комфорта», кому хочется жить душой, по-человечески.

Наша отечественная терапия творческим самовыражением (ТТС) (Бурно М.Е., 1989, 2012) – один из методов терапии творчеством. Не технический, не психологически-ориентированный, а естественно-научный: жизненно-личностный, не от психологической теории, а от живой клиники. По следам психотерапевтов, работающих в таком духе с т.н. дефектными пациентами (А.Б. Павловский, 2005; И.Ю. Калмыкова, 2008; Л.А. Тарасенко, 2009; Е.А. Добролюбова, 2010) и по своим прежним следам упомяну обобщённо о собственном пятнадцатилетнем опыте работы с двумя еженедельными группами таких пациентов по 10–12 человек, направленных в нашу амбулаторию диспансерами для психотерапевтической «добавки». Они занимаются одновременно индивидуально у нас же со своими психотерапевтами, и часть их посещает Реалистический психотерапевтический театр И.Ю. Калмыковой (2014) – особую группу ТТС.

Эти непрактичные, нелепые инвалиды в психотерапевтической гостиной (за длинным столом с чаем, слайдами на экране), кажется, не вслушиваются в тему занятия, то и дело выходят, друг друга перекрикивают, пускаются в рассуждения бог знает о чём, но вот начинаешь замечать тонкие замечания о характерах героев рассказа, сравнивают себя с ними, светлеют их лица. Вот уже слушаются меня и, как школьники, тянут вверх руки, прося слова. Несуразицы, нелепости в высказываниях и поведении исчезают. Схизис как бы заволакивается вдохновением. Бывает, и в это время кто-то разлаженно-беспомощно посердится на меня, подозревая, что в чём-то с ним не согласен, но тут же вступаются за меня защитники, а сидящая рядом защитница трогательно подкладывает к моей чашке лучшую конфету. Из занятия в занятие жизнь пациентов становится всё более целенаправленной, осмысленной. Всё больше боятся они потерять эти психотерапевтически-реабилитационные вечера.

Из самого главного в психотерапии шизофрении мы знали уже и раньше особый интимный эмоциональный контакт с врачом, способным к этому (Я. Клези, С.И. Консторум) и стремление пациентов с подобными себе оживлять в творчестве друг друга. Сегодня мог бы уточнить, прибавить к этому именно свободный поиск в творческом самовыражении (через постижение характеров), не заботясь о «правильных ответах». Просто поиск себя, способствующий единству «я», вызывающий вдохновение, в котором гнездится стремление к добру для другого (смысл и любовь).

Некоторые подходы к диагностике и оказанию помощи детям и подросткам с аутоагрессивным (суицидальным) поведением

Буромская Н.И., Смирнов И.И., Панкова О.Ф.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, г. Москва

Актуальность. Дети и подростки с различными формами аутодеструктивного (включая суицидальное) поведение составляют значительную долю пациентов психиатрического стационара. Аутоагрессивное поведение, в частности суицидальное, является основным поводом для вызова бригады психиатрической помощи (СПП) к детям и подросткам (Кравченко Н.Е., Зикеев С.А., 2010, Усачева Е.Л. с соавт., 2014). В то же время остаются недостаточно изученными предикторы и механизмы суицидального поведения, а также вопросы диагностики и оказания помощи таким пациентам. Цель исследования. Совершенствование методов диагностики и системы оказания помощи пациентам с суицидальными (аутодеструктивными) проявлениями в зависимости от типа суицидальных проявлений и структуры психопатологических расстройств, коморбидных с суицидальным поведением. Материалы и методы. Были изучены 598 пациентов с суицидальными (аутодеструктивными) проявлениями, поступивших в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой за период с 2012 по 2014 год. Основным методом явился клинико-психопатологический. Также

использовались экспериментально-психологические методы способные, по данным литературы, помочь косвенно оценить вероятность суицидальных действий. Полученные результаты и их обсуждение. В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидов (61 %), группа аффективных (12 %) и истинных суицидов (27 %). В соответствии с клинико-психопатологическими критериями были выделены: 1) действия, совершенные под влиянием аффекта, связанные с ситуационными факторами и личностными особенностями пациентов 68 % (n=409); 2) суицидальные мысли, высказывания и действия, коморбидные с депрессией 20 % (n=119), 3) аутоагрессивные (включая суицидальные) проявления в рамках иной психической патологии, сопровождающейся грубой дезорганизации психической деятельности в рамках психотических и субпсихотических состояний 12 % (n=70). Выявлены достоверно значимые возрастные и гендерные различия. У мальчиков отмечалось более раннее возникновение суицидальных проявлений в поведении, носившее в младшей возрастной группе в основном шантажно-демонстративный характер. В подростковом возрасте на фоне резкого роста частоты аффективных и истинных суицидов отмечалось почти двукратное количественное преобладание пациентов женского пола. Анализ причин суицидального (аутодеструктивного) поведения, его психологических и психопатологических механизмов показал, что у более 80 % всех пациентов суицидальные (аутодеструктивные) проявления совершались под влиянием аффекта, были непосредственно связаны с ситуационными и личностными особенностями пациентов. Не умаляя значимости использования вербальных психологических тестов, важно понимать, что клинико-психопатологические методы, используемые психиатрами, должны оставаться ведущими, а тестовые методики являются лишь дополнительными инструментами в работе профессионалов с пациентами.

Повышение эффективности реабилитационной работы в условиях территориального объединения

Бурыгина Л.А*., Шмилович А.Л.*,
*****Солохина Т.А., Рытик Э.Г.****

**ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», г. Москва*
***ФГБНУ НЦПЗ РАН, г. Москва*

В 2011 г. начато реформирование психиатрической службы г. Москвы, в результате чего проведена ее реструктуризация, созданы территориальные объединения, внедряются стационарозамещающие технологии и новые формы помощи. Особое внимание уделяется развитию психосоциальной реабилитации психически больных, облегчающей их реинтеграцию в семью и общество.

Цель настоящей публикации – проанализировать основные направления реабилитационной работы территориального объединения ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ» и наметить мероприятия по повышению их эффективности.

Реабилитационная работа осуществляется как в стационарных отделениях территориального объединения, так и в подразделениях его внебольничного звена: дневных стационарах, медико-реабилитационных отделениях, других формах помощи, созданных в филиалах больницы на основе действующих нормативно-правовых документов. Эффективную реабилитационную работу во многом обеспечивает социально-психологическая службы больницы, которая включает клинических психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников. Указанные специалисты входят в штаты лечебных подразделений объединения, что обеспечивает возможность полипрофессионального ведения больных, использования бригадного подхода, преемственность в проведении реабилитационной работы. Большое место в работе занимают различные психосоциальные интервенции: психообразование, индивидуальное и семейное психологическое консультирование, индивидуальная, групповая и семейная психотерапия. Диапазон используемых для групповой работы методик широк и включает арт-терапию, когнитивно-поведенческую психотерапию, гештальттерапию, проведение тренингов по развитию навыков. Важным

направлением работы является социально-правовая защита пациентов: восстановление утраченных документов, оформление пенсионного обеспечения; оказание помощи пациентам в их взаимодействии с социальными институтами, органами исполнительной власти, защита их имущественных и иных прав.

Значительным инновационным потенциалом обладает программа поэтапной профессиональной реабилитации инвалидов, которая проводится в медико-реабилитационном отделении больницы.

Учитывая необходимость взаимодействия в рамках территориального объединения большого количества специалистов, с нашей точки зрения, следует и в дальнейшем улучшать преемственность в их работе, являющуюся одним из основных принципов работы медицинских учреждений. Для этого следует внедрять единую тактику лечения и психосоциальной реабилитации пациентов на всех этапах их ведения для достижения стратегической цели – клинического и психосоциального восстановления, что достигается за счет стандартизации помощи, внедрения регламентов работы, обоснованной системы критериев качества диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

Помимо этого, большой вклад в улучшение преемственности вносят: совместный анализ показателей деятельности лечебных подразделений, проведение коллективных разборов сложных случаев диагностики, повышение профессионального уровня специалистов, обучение командным технологиям работы, активное внедрение психосоциального лечения во внебольничных формах помощи.

Катамнез психических расстройств подросткового возраста

Вандыш-Бубко В.В., Пивоварова П.А.

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

С целью выяснения значимых для диагностики и экспертной оценки закономерностей эволютивной динамики было проведено клинико-катамнестическое исследование (длительность катамнеза 11,3±7,08 года) 162 лиц, проходивших стационарное судебно-психиатрическое

освидетельствование (средний возраст на момент катамнестического обследования – 25,2±6,25 год), у которых в подростковом возрасте имели место психические расстройства по типу патологического пубертатного криза (ППК) – нозологически неопределенные психопатологические синдромы, существенно нарушающие адаптацию, требующие медицинской коррекции.

В соответствии с результатами исследования эволютивная динамика ППК реализуется как: 1) выздоровление (16 %); 2) сохранение пубертатной психопатологии (6,8 %); 3) ее редукция с а) актуализацией психических расстройств доподросткового возраста (24,7 %) б) со становлением нозологически иных психических расстройств (52,5 %).

Для прогнозирования динамики ППК имеют значение ($p<0,05$): 1) при выздоровлении – отчетливое кризовое выявление расстройств в подростковом возрасте; преобладание в клинической картине ППК нозологически неспецифичных пубертатных синдромов; отсутствие значимых экзогенных воздействий; 2) при пролонгированном ППК – наличие ранней органической патологии; задержка социализации в рамках общей тенденции (ретардация созревания); отставленное формирование ППК; 3) вероятность актуализации ранних психических расстройств высока в группе расстройств личности (РЛ), где пубертатный криз может рассматриваться как этап структурирования личностной патологии; 4)выявление нозологически иной психической патологии находится в прямой зависимости от действия дополнительных экзогенных вредностей либо происходит в соответствии со специфическим синдромокинезом, в частности, выявлением патогномоничной симптоматики при шизофрении.

Для каждой из катамнестически верифицированных нозологических категорий характерен своего рода диагностический тренд: 1) при органическом психическом расстройстве – актуальность в доподростковом возрасте когнитивного дефицита как предпосылки расширительной диагностики умственной отсталости (УО), в подростковом возрасте – «универсального» психопатоподобного синдрома, имитирующего РЛ; 2) при РЛ – раннее выявление его предикторов – стойких нарушений поведения с расстройствами адаптации; отчетливая тенденция к неблагоприятной динамике в подростковом

возрасте; 3) при рано диагностированной УО – ее гипердиагностика за счет таких ее имитирующих проявлений как гипердинамизм, церебрастенические расстройства, педагогическая запущенность); дезактуализация диагноза по мере верификации катамнеза при упущенных возможностях социализации; 4) в группе шизофрении – «отставленная» диагностика из-за неопределенности критериев нозологической оценки, прогноза.

Коррекция синдрома гиперпролактинемии каберголином при фармакотерапии антипсихотиками

Вишняков Ю.В., Десятниченко И.В.

ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница»

Вступление. У больных с эндогенной патологией, получающих антипсихотики, частыми фармакогенными нарушениями являются нейроэндокринные дисфункции, в частности гиперпролактинемия (ГП) и ассоциированные с ней расстройства, оказывающие влияние на ход лечебного процесса и приверженность лечению. Синдром гиперпролактинемии (СГП) определяется при уровне ПРЛ в сыворотке крови > 400 мЕд/л у мужчин и > 500 мЕд/л у женщин и клинически проявляется репродуктивными и сексуальными расстройствами.

Целью работы была коррекция ГП при приеме антипсихотиков для улучшения психосоциального функционирования больных и их комплайентности.

Материалы. Обследованы 37 женщин в возрасте 21–47 лет с расстройствами спектра шизофрении, находящиеся на стабилизирующей терапии антипсихотиками, с побочным СГП. Применялись методы психопатологического и гинекологического обследования, лабораторной и инструментальной диагностики, оценки по шкалам CGI-S и CGI-I. Уровень ПРЛ определяли иммуноферментным методом. Критерием выраженного СГП считали уровень ПРЛ 1500–2000 мЕд/л с наличием стойких нарушений нейроэндокринного спектра. Выделены три группы: в 1-й 18 чел. получали рисперидон, во 2-й 13 чел. – амисульприд,

в 3-й 6 чел. – оланзапин в стандартных терапевтических дозах. С целью коррекции СГП использовался Каберголин – производное эрголина с селективной стимуляцией Д2-рецепторов лактотрофов гипофиза и пролонгированным действием – в индивидуальных дозировках под контролем уровня ПРЛ. Начальная доза составила 0,25–0,5 мг в два приема 2 раза в нед. на ночь в течение 4-х нед., при необходимости с увеличением недельной дозы на 0,5 мг с интервалом в 4 нед. до нормализации уровня ПРЛ, курсом 12 нед. Каждые 3 нед. оценивали динамику психического статуса с использованием стандартизированных шкал, а также уровень ПРЛ.

Результаты. К началу лечения уровень ПРЛ пациенток был выше нормы, СГП характеризовался: олиго-аменореей у 35 чел. (94,6 %), нагрубанием молочных желез у 25 чел. (67,6 %), галактореей у 14 чел. (37,8 %), снижением либидо у 29 чел. (78,4 %), увеличением массы тела до 1,5–3 кг в месяц у 7 чел. (18,9 %), что оценивалось всеми пациентками как «тяжелые побочные эффекты». К 13-й нед. лечения Каберголином у 31 пациентки (84 %) происходила полная редукция уровня ПРЛ до границ нормы с купированием СГП, у 5 пациенток (13,3 %) – частичное снижение уровней ПРЛ и СГП. Прием Каберголина не обострял психопатологическую симптоматику. В первые 2 нед. лечения Каберголином в 2 случаях (5,4 %) отмечались головная боль и головокружение и в 1 случае (2,7 %) тошнота и гастралгия.

Выводы. Для оптимизации антипсихотической терапии у пациенток с патологией шизофренического спектра, при невозможности отмены препаратов с высокой пролактогенной активностью, рекомендуем: коррекцию СГП начинать на этапе стабилизации психопатологии при формировании ремиссии; совместно с антипсихотиками использовать Каберголин в индивидуально подобранной дозе; лечение проводить под контролем уровня ПР крови.

Соматические заболевания (на модели кардиоваскулярной патологии) и шизофрения

Волель Б.А.*, Трошина Д.В.**

**ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва,*
***ФГБНУ НЦПЗ РАН, г. Москва*

Актуальность изучения соматических заболеваний (СЗ) при шизофрении продиктована различными факторами, в том числе повышением уровня смертности (в 2,5–3 раза) больных шизофренией по сравнению с популяционными показателями [Crump S. et al., 2013]. Кроме того, у пациентов, страдающих эндогенно-процессуальной патологией наблюдается гиподиагностика СЗ, в частности, за счет формирования шизотипических нозогенных реакций с формированием эндоформных соматизированных расстройств [Смулевич А.Б., 2016]. Таким образом, целесообразно проанализировать особенности клинических проявлений СЗ (на модели сердечно-сосудистой патологии) при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра.

Среди модифицируемых факторов риска у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (табакокурение, гипертензия и пр.), наибольший клинический интерес представляет паттерн устойчивости, ареактивности к воздействию СЗ («resilience» по Troy A.S., Mauss I., 2009) – соматопатическая гипонозогнозия, реализующаяся, в том числе, сниженной чувствительностью к телесным и болевым сенсациям.

Указанные особенности телесного самосознания пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра отражаются на их аномальном поведении в болезни, в том числе за счет формирования нозогений с картиной паранойи изобретательства [Бурлаков А.В., 2006], а также неблагоприятном течении и прогнозе гипертонии и ишемической болезни сердца (ИБС). Так, по сравнению с популяцией больных, не страдающих эндогенной патологией, у пациентов с шизофренией отмечается достоверное преобладание ($p<0,05$) признаков постинфарктного кардиосклероза, острой недостаточности

кровообращения, ранней постинфарктной стенокардии и хронической аневризмы левого желудочка. По данным Бочаровой М.В. [2007], для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра характерна высокая внутрибольничная летальность (до 21 % в соматопсихиатрическом отделении и до 29 % в психиатрической больнице).

У пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра отмечается высокая распространенность (до 18 % по сравнению с 2,44 % в популяции) и другой сердечно-сосудистой патологии – фибрилляции предсердий (ФП), что также соотносится с соматопатической гипонозогнозией, реализующейся в рамках синдрома аберрантной ипохондрии. Больные недооценивают тяжесть и возможные последствия ФП, предпринимают попытки «перехаживания» приступа и несвоевременно обращаются за медицинской помощью, даже в период проведения кардиореанимационных мероприятий у них не возникает тревога за здоровье. Указанные клинические проявления аберрантной ипохондрии определяют снижение приверженности кардиотропной терапии и прогностически неблагоприятные тенденции СЗ.

Модель психообразовательной работы с пациентами, страдающими шизофренией с длительным сроком пребывания в стационаре

Волошина Е.В.*, Шмилович А.А. **, Савчук Н.М.*

**ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», г. Москва*
***ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

Цели и задачи. Разработка антистигматизационной программы психообразовательного вмешательства и изучение ее влияния на психологическую и социальную адаптацию пациентов.

Материалы и методы. На базе 31 отделения филиала «Поливаново» ПКБ 1 им. Н.А. Алексеева была разработана и внедрена модель групповой психообразовательной работы с пациентами, длительно находящимися на стационарном лечении с диагнозом: «параноидная шизофрения». Программа состоит из 2 краткосрочных циклов

по 12 занятий, проводимых врачами психиатрами. В основную группу включены 24 пациента в возрасте от 35 до 65 лет, с длительностью заболевания от 20 до 32 лет, с которыми, помимо стандартной биологической терапии, осуществлялась программа психообразования. Контрольную группу составили 20 человек в возрасте от 39 до 65 лет с длительностью заболевания от 22 до 35 лет, получавшие только стандартную биологическую терапию. В ходе исследования применялись клинико-психопатологический метод и различные опросники и социометрические шкалы: карта оценки уровня знаний о заболевании, шкала персонального и социального функционирования PSP, шкала оценки осознания болезни при психозе ISP, шкала отношения к лекарственным препаратам DAI, опросник по оценке удовлетворенности участием в психообразовательной программе для пациента. В структуру разработанной программы входят мотивационный блок (1 час), лекционный курс (6 часов), практические семинары «Индивидуальный почерк рецидива» (3 часа), антистигмационная игра (1 час), психообразовательная викторина (1 час), просмотр и обсуждение методических художественных фильмов и обсуждение раздаточных материалов.

Результаты исследования. После участия в программе уровень знаний о заболевании в основной группе увеличился с 2.4 до 4.0 баллов, в контрольной группе с 2.2 до 2.5 баллов. Уровень социального функционирования в основной группе увеличился с 43.2 баллов до 48 баллов по шкале PSP, а в контрольной группе с 44 до 46,1 баллов. Средний уровень удовлетворенности участием в тренинге в основной группе составил 4.0 балла по 5-ти бальной шкале. При оценке уровня осознания болезни при психозе по четырехбальной шкале ISP у пациентов основной группы средний балл уровня объяснения болезни увеличился с 2.1 до 3.5, уровня осознанности болезни с 2.5 до 3.6, уровня необходимости лечения с 1.8 до 3.5 . Средний балл осознания болезни при психозе у пациентов контрольной группы существенно не изменился: уровень объяснения болезни 2.2–2.5, уровень осознанности болезни 2.1–2.5, уровень необходимости лечения 1.9–2.2.

При обследовании пациентов по шкале отношения к лекарственным препаратам DAI, адаптированной НЦПЗ РАМН, средний балл основной группы увеличился с 0.7 до 5.1 (при максимальном балле 10).

Средний балл пациентов контрольной группы существенно не изменился (0.9–1.1).

Выводы. Таким образом, разработанная психообразовательная программа дает существенное повышение уровня осведомленности пациентов о своем заболевании, осознанности болезни и приверженности к лечению, а так же повышение уровня социального функционирования.

Некоторые клинические и психотерапевтические аспекты синдрома антагонистического бреда

Воскресенский Б.А., Омельяненко А.Д.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Сердцевиной безумия назвал бред выдающийся французский философ Мишель Фуко. Бредовые расстройства многообразны, и в их обширном реестре находим бред антагонистический (манихейский). В атеистические советские времена он назывался двухпартийным. Это разнообразие определений подчеркивает его особое значение – в своеобразной «психопатологической» форме он ставит вопрос о том, «что такое хорошо и что такое плохо». (Для клинической полноты размышлений напомним, что существуют также антагонистические галлюцинации, что контрастные навязчивости по существу являются переживанием антагонистическим. Несомненно, что перечень можно продолжить, усложнить)

На начальных этапах синдрома антагонистического бреда пациент обычно занимает пассивную позицию. По мере развертывания расстройств его выбор становится все более определенным. Клинический опыт свидетельствует о том, что пациент выбирает «хороших». Если он присоединяется к «плохим», то это происходит не по его воле, а вследствие некоего насилия, объясняемого – более или менее развернуто – также по-бредовому.

Наполнение оценок следует социальным стереотипам. «Хорошие» – умные, красивые, русские, православные, советские, «за нас». «Плохие» – плюгавые, тупицы, капиталисты, «военщина», «агенты Госдепа». В работах, опубликованных западными клиницистами, группировки

располагались диаметрально противоположно. На положительном полюсе обитал капиталистический мир, социализм оценивался отрицательно (мы имеем в виду публикации 50–70 годов прошлого века).

В рамках исследований по проблеме «психиатрия и религия» мы стали искать ответ на вопрос, существуют ли абсолютные критерии «хорошего» и «плохого». Больным с антагонистическим бредом настойчиво, повторно, «до упора» задавался вопрос: что означает «хорошие» и «плохие» в этих (болезненных) их переживаниях? Значительная часть пациентов не смогла пойти дальше банальных характеристик. Лишь некоторые (К. Ясперс подчеркивал, что психопатология наиболее полно раскрывается при изучении духовно сложных больных) отвечали более содержательно: «хорошие» – те, кто дает силу, энергию, здоровье, мысли и т. п. «Хорошие – это те, которые несут жизнь», – так ответила одна из пациенток, затруднившаяся разделить свое понимание на составляющие. «Плохие» все это отбирают.

Но такой подход представляется упрощенным, идеалистическим в обыденном смысле слова. Жизненный опыт показывает, что добрые деяния нередко приводят человека к гибели, что слишком часто торжествует зло. В этом русле и продолжалась беседа с больными, упоминалась земная судьба Христа.

Окончательного, универсального ответа получить не удавалось. Даже наоборот – выявилась невозможность однозначной, «конечной» оценки каждого из лагерей. «Механизм моей связи с духами одинаков», – разъяснял больной с псевдогаллюцинаторными антагонистическими императивными псевдоглаллюцинациями, под влиянием которых он в прошлом совершил двойное убийство.

Основа оказалась другой, сугубо психопатологической. Так пациентка, перенесшая острый аффективно-бредовой приступ с антагонистическим бредом, прежде всего ощутила особую «глубинную, измененность» (слова больной), которая «позволила ей» понять, что разворачивается непримиримая борьба между ее родственниками, (с которыми она в силу обстоятельств была особенно тесно связана) и сослуживцами, (отношения с которыми в последнее время были напряженными). То есть сначала возникает витальная, своеобразная, психотическая деперсонализация (в понимании А.К. Ануфриева, 1992, А.Я. Басовой, 2009), которая при последующем усложнении

расстройств – возникновении бреда – «черпает свое содержание из личностной тематики» (К. Конрад, 2015).

Обсуждение с больным этой измененности, (для выявления которой нередко требуются значительные время и усилия), может иметь определенное психотерапевтическое значение. Оно способствует возникновению (или усилению) чувства болезненности состояния, побуждает больных дать согласие на лечение, становится одним из слагаемых комплаентности. Аналогичный подход используется нами (конечно, как скромный по своим возможностям прием) при бреде воздействия. «Бог никогда не вторгается насильно» («Се, стою у двери и стучу…» Откр. 3, 20), – говорим мы больному-верующему (Воскресенский Б.А., 2014).

Возвращаясь к проблеме «что такое хорошо…» приходится с грустью констатировать, что окончательных, абсолютных критериев выявить (хотя бы на «патологическом» материале) не удалось. Вместе с тем этот вывод, кажущийся весьма пессимистическим, все-таки может быть осмыслен созидательно, гуманистически. Постмодернистская концепция бинарных оппозиций, находящихся не в антагонизме, а требующих антиномного принятия – вот спасательный круг, позволяющий сохранить веру в человека как существо разумное и нравственное. Но этот подход требует отдельного обсуждения.

В заключение лишь заметим, что выявленная неопределенность оценок может быть понята как выражение идеи свободы человека, свободы, при которой, по выражению Н.А. Бердяева, человек не выбирает между добром и злом, но творит их.

Анализ клинических и психосоциальных факторов формирования мотивационного профиля добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией

Гончаренко С.Н., Шмилович А.А.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Больные шизофренией составляют преобладающее большинство в структуре госпитализаций в психиатрические стационары, при этом треть из них поступают добровольно. Однако, наличие диссоциативного

характера фабулы бредовых переживаний, непсихотического регистра тяжести доминирующих расстройств, а также коморбидных шизофрении заболеваний предопределяет объективную необходимость анализа психопатологических и социальных коррелят добровольной госпитализации. В этой связи важной клинико-социальной и экономической задачей является максимально возможное сокращение сроков госпитализаций, а также поиск путей и альтернативных вариантов амбулаторного ведения таких больных.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе кафедры Психиатрии и медицинской психологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова – Московской городской клинической психиатрической больнице №1 им. Н.А. Алексеева. Материалом исследования послужила невыборочная когорта больных параноидной шизофренией. Отобранные больные основной группы (97 пациентов в т.ч. 50 женщин и 47 мужчин) наблюдались в мужских и женских участково-территориальных отделениях больницы в период 2014–2016 гг. В контрольную группу вошли 50 больных медико-реабилитационного отделения и дневного стационара. Основной критерий включения в основную и контрольную группы – диагноз по МКБ 10 – параноидная шизофрения. С целью выявления социальных предикторов мотивов добровольной госпитализации (обращение за стационарной помощью) целевым отбором были сформированы пары больных из опытной (стационарной) и контрольной (амбулаторной) групп для проведения сравнительного ретроспективного исследования соответственно по следующим признакам (пол больных; возраст; длительность заболевания, результирующий показатель субшкалы N (шкала PANSS)).

Выводы.

В ходе проведенного сравнительного анализа было выявлено, что определяющими факторами для формирования мотивов добровольного стационирования являлись уровень негативных и позитивных расстройств, отмечавшийся у больных на момент исследования, аффективные нарушения, количество предшествующих госпитализаций и длительность заболевания. При тяжелом непрерывном течении заболевания формирования мотивационного профиля связано с наличием

следующих биологических и психопатологических факторов: ранний возраст начала шизофренического процесса; нарастание и выраженность негативных расстройств; наличие тяжелых проявлений галлюцинаторно-бредовой симптоматики. В случаях более легкого течения заболевания доминируют следующие биологические и социально-психологические факторы: наследственная отягощенность; экзогении; соматическая патология; особенности акцентуации характера в преморбиде.

Расстройства локомоторики в структуре психического дизонтогенеза

Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Боброва Н.В., Кузьмич Г.В.

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

Психическая патология раннего возраста малоизучена и до 2–3 лет нозологический диагноз установить сложно, обычно указывают «психический дизонтогенез». Сообщение основано на исследовании неврологического статуса и нервно-психического развития 200 детей 6 мес. – 3 лет, половину из которых составили дети больных шизофренией родителей. Исследовался двигательный анализатор, т.к. между степенью его зрелости и психическим развитием ребенка имеется прямая связь. Исключались дети с ДЦП. Выявлены:

Нарушения общей двигательной активности – проявлялись на 1-м году жизни усилением спонтанных движений в конечностях при значительном ограничении общих движений, но к 2-м годам в 70 % сменялись гипердинамическим синдромом.

Патология локомоторики проявлялась дисгармонией темпов созревания уровней регуляции двигательных актов, искажением последовательности приобретения и смены установочных и выпрямительных реакций, трудностью фиксации положения и поз туловища, а в последующем – задержкой формирования общих двигательных навыков и тонких дифференцированных движений. При отсутствии парезов и формальной сформированности исполнительного звена моторики

«бездеятельными» оказывались высшие системы интеграции поступающей моторной информации. Вследствие этого отсутствовала своевременная организация «кинетических» мелодий, т.е. серийно организованных движений. В 9–12 мес. дети самостоятельно не ползали, не переходили из горизонтального положения в вертикальное, не ходили у опоры, хотя хорошо удерживали приданное положение. Ходьба и др. двигательные навыки формировались с задержкой на 3–9 мес. и оставались неловкими.

Нарушения мышечного тонуса выявлялись с первых месяцев жизни в виде транзиторной мышечной дистонии/гипертонии при активных движениях и вертикализации, тогда как в состоянии покоя была характерна мышечная гипотония. Нестабильность и изменчивость регуляции мышечного тонуса создавали патологические установки конечностей и позы, а нарушение реципрокной регуляции мышечного тонуса в разгибателях и сгибателях конечностей – опору на «носочки».

Двигательные стереотипии были представлены до 1 года хореоатетоидными движениями кистей, пальцев, тоническим вытягиванием конечностей, туловища, дрожанием, яктацией, руминацией, бруксизмом; после 1 года – вычурным потряхиванием кистями, похлопыванием по ушам, подпрыгиванием на месте, «манежным бегом», др. кататоническими расстройствами.

Среди других симптомов, имеющих прогностическое значение, выделены зрительно-моторные феномены («атаксия» взора, неустойчивость фиксации взора и прослеживания, нарушение содружественных движений глазных яблок, паракинезии мимической мускулатуры, орофациальные гиперкинезы), мягкие экстрапирамидные нарушения движений и расстройства двигательного праксиса.

Диагностика психических расстройств у детей раннего возраста остается трудной задачей. Однако её решение крайне важно, т.к. только рано начатые лечебные и коррекционные мероприятия обеспечивают своевременную стимуляцию нервно-психического развития.

Очаговая алопеция и тревожно-депрессивные расстройства

Данилова Л.Ю.*, Киреева И.П. **

**ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва*
***ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

Очаговая алопеция (ОА) относится к расстройствам с неизвестной этиологией с частым началом в детско-подростковом возрасте. Среди психических расстройств, возникающих чаще всего среди страдающих ОА, упоминаются тревожно-депрессивные расстройства, социальные фобии, посттравматический стресс и суицидальные тенденции.

Данное сообщение основывается на анализе состояния 12 больных 9–18 лет (7 ю. и 5 д.), наблюдавшихся в психиатрических кабинетах поликлиник. Все больные наблюдались соматологами по поводу ОА, вегетодисфункции. Функциональная вегетативная патология играла роль фасадного «маскирующего» симптомокомплекса по отношению к аффективным расстройствам в рамках единого психовегетативного синдрома типа «маскированных» депрессий. Помимо вегетодисфункции у этих больных отмечалась ОА с длительностью наблюдения и лечения дерматологами 1,5 месяца – 5 лет. У 6 детей отмечалась тотальная алопеция, у 5 – очаговая форма. Исключались больные с другими заболеваниями волос и текущими соматическими и неврологическими болезнями.

При психиатрическом обследовании выявлялось подострое начало и волнообразное течение страдания с ситуационными и/или сезонными обострениями, относительная выносливость к физическим нагрузкам и ухудшение клинической картины при психическом напряжении. Анамнестически в начале заболевания удавалось выявить депрессивный синдром различного генеза. Вегетативные нарушения и ОА развивались на фоне уже измененной аффективности. ОА лишь в одном случае наблюдалась с самого начала аффективных расстройств, в остальных случаях ОА сопровождала часть депрессивных и тревожно-депрессивных эпизодов и не встречалась при расстройствах маниакального спектра, возникавших у трети больных. Нозологически аффективные расстройства были представлены реактивными и аутохтонными

состояниями в рамках «психопатологического диатеза» (С.Ю. Циркин, 1993; 2012) или в рамках прогредиентных эндогенных заболеваний. С каждым с последующим эпизодом аффективных расстройств и ОА формировался механизм «порочных кругов» взаимопотенциирующего действия ситуационных, соматических, аффективных и личностных факторов защитного/протестного характера. Залогом успеха лечебно-реабилитационных мероприятий являлось их раннее начало и комплексный характер. Из антидепрессантов чаще всего использовались препараты седативного или сбалансированного действия. Из нейролептиков предпочтение отдавалось «атипичным» нейролептикам, учитывая их действие на биполярную аффективную и негативную симптоматики. Для профилактики «психосоматического развития личности» желательно было включение в комплексную терапию психотерапевтических занятий. В 2/3 случаев волосяной покров восстанавливался на фоне ремиссии аффективных расстройств.

ОА может являться одной из масок депрессивного синдрома. В части случаев речь идет о наиболее сложном маскировании по типу «соматопсихического синергизма» (А.А. Северный, 1987) длительных субдепрессивных состояний.

Когнитивные нарушения у родственников детей, больных ранним детским аутизмом

Дворянинова В.В.

ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России,
г. Нижний Новгород

Цель исследования: оценить распространенность когнитивных расстройств среди ближайших родственников детей, страдающих ранним детским аутизмом (РДА).

Материалы и методы: в основную группу вошли 65 родителей детей, больных РДА – 10 отцов и 55 матерей, средний возраст составил 34,9±5,9 лет, в группу сравнения – 28 родителей здоровых детей старше трехлетнего возраста, 7 отцов и 21 мать в возрасте 36,4±5,8 лет. Для обследования когнитивной сферы использовались тесты «Речевая

беглость» (оценка скорости обработки информации), «Заучивание списка слов» (оценка слухоречевой памяти), «Башня Лондона» (оценка проблемно-решающего поведения), «Шифровка» (оценка скорости обработки информации и внимания).

Результаты: снижение показателя вербальной беглости в основной группе выявлено в 37 случаях из 65 (56,92 %), при этом в группе сравнения низкие результаты в данном тесте обнаружены только у 5 испытуемых (17,86 %), что являлось статистически достоверным ($p=0,0008$). Превышение среднестатистической нормы выявлено в небольшом количестве случаев и в основной, и в контрольной группе – 3,08 % и 7,14 % соответственно ($p>0,05$). При заучивании списка слов низкий результат показали только трое из родителей детей-аутистов (4,67 %) и 1 (3,57 %) из контрольной группы ($p>0,05$). При этом в 27,9 % случаев в основной группе слухоречевая память была оценена как превышающая среднестатистическую норму для данного пола и возраста, в контрольной группе подобные показатели встречались почти вдвое реже, а именно в 14,29 % ($p>0,05$). В тесте «Шифровка» снижение обнаружено у 27 обследованных родителей детей, страдающих РДА (41,54 %), среди родителей здоровых детей снижение в данном тесте обнаружено у 5 испытуемых (17,86 %), что является статистически значимым ($p=0,0283$). Превышение среднестатистических показателей в тесте «Шифровка» в основной и контрольной группах выявлено в 9,23 % и 10,71 % соответственно ($p>0,05$). При оценке проблемно-решающего поведения низкий показатель среди родственников детей-аутистов обнаружен в 15,38 % случаев, при этом в группе сравнения подобное снижение выявляется в 2 раза реже – в 7,14 % ($p>0,05$).

Выводы: отклонения в когнитивной сфере у родственников детей, больных РДА, выявляются значительно чаще, чем среди родственников здоровых детей. Выявлены статистически достоверные различия между основной и контрольной группой при исследовании показателей скорости обработки информации и внимания. Хотя в двух других сферах статистически достоверных различий не выявлено, но обращают на себя внимание нарушения в сфере проблемно-решающего поведения, которые встречаются в основной группе в 2 раза чаще, чем в контрольной, а также превышение среднестатистической нормы чуть более чем у четверти из обследованных родителей детей, больных РДА

(вдвое выше, чем выявление таких показателей в группе сравнения). Т.о., когнитивные нарушения определенно характерны для родителей детей, страдающих РДА, а их структура требует дальнейшего изучения.

Распространенность и клиническая типология шизотипического расстройства среди пациентов психоневрологических диспансеров г. Москвы

Дорина И.В.*, Панкова О.Ф.**

**ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, г. Москва*
***ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

Шизотипическое расстройство, несмотря на признание его клинической реальности, является в течение последних десятилетий одной из наиболее интересных, спорных и дискутабельных проблем, как в мировой, так и в отечественной психиатрии. До настоящего времени не определено место шизотипического расстройства в используемых классификациях психических и поведенческих расстройств. В МКБ-10 оно находится в группе расстройств шизофренического спектра (F21), в DSM-V – среди личностной патологии. Недостаточно изучена его распространенность.

С целью изучения распространенности шизотипического расстройства в целом и его отдельных клинических форм, нами были проанализированы отчеты за 2015г. всех ПНД г.Москвы, поступающие для обработки в Информационно-аналитический центр, функционирующий на базе НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой. Обработка данных производилась в программе СУБД «Медкарта». Расчет доверительных интервалов осуществлялся с помощью распределения Гаусса.

Полученные результаты и их обсуждение. От общего количества учтенных больных психической патологией (441831 чел.) больные шизотипическим расстройством (F21) составили 4 % ± 0,06 % (15942 чел.). Из 43102 детей и подростков с психическими расстройствами диагноз шизотипического расстройства имели лишь 505 больных (1,17 % ± 0,35 %). При этом у детей и подростков шизотипическое

расстройство (F21) занимало практически половину (45,3 % ± 2,7 %) среди всех расстройств шизофренического спектра (F2), против 17,84 % ± 0,24 % у взрослых больных. Наиболее распространенными у взрослых больных являются псевдоневротическая (F21.3) – 43,62 % ± 0,75 % (6954 чел.) и псевдопсихопатическая (F21.4) – 26,4 % ± 0,3 % (4208 чел.) формы шизофрении. У детей и подростков в подавляющем большинстве случаев (78 % ± 3 %) выставлялся диагноз шизотипического личностного расстройства (F21.8). Редко выставлялся диагноз F21.5 «Бедная симптомами» шизофрения и 21.9 Неуточненное шизотипическое расстройство. У взрослых пациентов последние диагнозы практически не выставлялись.

Несмотря на недостаточную корректность формулировки диагноза F21.8 Шизотипическое личностное расстройство для детского и подросткового возраста, предлагаемые в МКБ-10 критерии данной рубрики отражают отсутствие превалирующей или типичной для шизофрении симптоматики. Данный факт можно с большой долей убедительности объяснить незрелостью личности и психики в целом в детско-подростковом возрасте, полиморфностью и рудиментарностью имеющихся расстройств, их динамичностью, что дает основание относить выявляемые шизофренические расстройства непсихотического уровня именно к данной форме психической патологии. Неврозоподобные проявления гораздо чаще рассматриваются в рамках адаптационных, тревожных и обсессивно-компульсивного расстройств. Психопатоподобные нарушения преимущественно относятся в группу расстройств эмоций и поведения с началом, приходящимся на детский и подростковый возраст.

Нозогенные расстройства при хронических дерматозах

Дороженок И.Ю.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Цель: Клиническое изучение, разработка типологии и алгоритмов терапии психических расстройств, провоцированных кожными заболеваниями. Материал и методы: Обследовано 767 пациентов

с нозогенными расстройствами (F43;F45) в клинике кожных болезней ПМГМУ им Сеченова (атопический дерматит – 132; псориаз – 127, угревая болезнь – 118, розацеа – 115, экзема – 109, себорейный дерматит – 88, красный плоский лишай – 64, пузырчатка – 14 наблюдений); средний возраст 38,3±6,3 лет. Каждый пациент обследован психиатром, психологом и дерматологом клиническим методом, а также с использованием стандартных пакетов диагностических шкал и опросников.

Результаты: При тяжелых формах дерматозов с преобладанием соматогенных и витальных факторов (обширные распространенные высыпания, частые рецидивы, боль, зуд, угроза жизни или возможность инвалидизации) выявляются депрессивные и диссоциативно-ипохондричесие нозогенные расстройства. Депрессивные включают сниженное настроение, плаксивость, раздражительность, нарушения сна, тревожные опасения по поводу исхода заболевания, сомато-психическую гиперестезию, амплифицирующую симптомы дерматоза у пациентов с различной структурой преморбида. Диссоциативно-ипохондричексие характеризуются рациональным отношением к тяжелым проявлениям дерматоза с формированием преодолевающего стиля поведения у пациентов со стеничным преморбидом с дефицитом телесного самосознания (маскированная ипохондрия) либо отрицанием болезни у больных с явлениями соматопсихической деперсонализации (аберрантная ипохондрия).

При умеренной тяжести дерматозов с преобладанием психогенных факторов (высыпания на открытых участках, ассоциированные с косметическим дефектом) отмечаются экстрернально и интернально ориентированные нозогенные расстройства. При экстернальных нозогениях косметический дефект оценивается пациентами с точки зрения восприятия окружающими в социальных ситуациях, что приводит к развитию тревожно-фобической (социофобия, ситуационное избегание у пациентов с тревожным и гистрионным преморбидом) и обсессивной (сенситивные идеи отношения, тотальное избегание, сенситивно-шизоидный преморбид) симптоматики. При интрернальных нозогениях выявляется одержимость идеями устранения косметического дефекта для достижения «совершенной» внешности – сверхценная ипохондрия (патологическая фиксация на кожных высыпаниях, отсутствие социальной тревоги, массивное аутоагрессивное

поведение) у пациентов с нарсиссическим и шизитипическим преморбидом.

Заключеие: разработана клиническая типология и определена психопатологическая структура нозогенных расстройств в зависимости от клинической тяжести дерматоза, преобладания соматогенных, витальных либо психогенных факторов, структуры личности пациента. Лечение может успешно проводиться в дерматологической клинике при консультативном участии психиатра и включает дифференцированное (в соответствии с их клинической типологией и психопатологической структурой) использование психотропных средств наряду с психотерапией.

Использование интегративного подхода и клиент центрированной направленности в психотерапии

Жатько Е.В.

АНО ВО «Московский гуманитарный университет», г. Москва

В психотерапии тяжелых состояний, таких как психосоматические расстройства или психологические травмы, использование специалистом психологом или психотерапевтом интегративного подхода и клиент центрированной направленности существенно повышает эффективность оказываемой помощи. Так как человек обладает целостной системой включающей в себя физиологию, эмоции и мыслительные процессы, то и в психотерапии необходимо учитывать состояние человека на каждом из уровней, при этом выстраивая единый образ личности и ее уникального опыта.

А. Лоуэн, А. Райх, Р. Курц, Л.С. Выготский и другие исследователи отмечают, что здоровый человек осознает каждую из своих частей, будь то ощущение, мысль или эмоция, и может не только ими управлять, но и ощущать, и осознавать их взаимосвязь между собой и окружающими событиями.

В состоянии психологической и тем более физической травмы целостность восприятия человеком себя нарушается. Каждая из частей

как бы начинает существовать независимо друг от друга, нарушается внутренняя координация. Сознание фиксируется на пережитом опыте и травмирующих воспоминаниях, при этом эмоции пугают своей силой, демонизируются и подавляются, ощущения тела, возникающие как поведенческая реакция на травмирующую ситуацию, вытесняются. Причем, подавляемые эмоции становятся плохо регулируемые личностью. Возникнув, как реакция на определенную ситуацию, они повторяются и в других случаях как автоматическая реакция организма на внешний раздражитель. Поведение становится плохо адаптивным и неуспешным, что в свою очередь снижает самооценки, возникает тенденция к самообвинению. В такой ситуации сознание стремится подавить эмоции через постоянный сверх контроль своего поведения. При этом блокируется любой импульс, появляющийся в теле, что в какой-то степени, позволяет человеку почувствовать себя в безопасности, но за счет сужения поведенческого репертуара, отказа от исследовательской активности и соматизации.

Стоит отметить, что эмоции и физиологические проявления человека являются источником передаваемой невербальной информации. В состоянии невроза, травмы или экзистенциального переживания, эти сообщения часто становятся неконгруэнтными по отношению к вербальной информации и актуальной ситуации, что является признаком нарушения целостности человека.

Таким образом, умение психотерапевтом видеть, слышать и понимать все части консультируемого человека, помогать их осознавать и, с их помощью изменять убеждения, получать отсутствующий опыт и возможность к самоисцелению, является важным навыком в клиент-центрированной психотерапевтической работе. Для этого специалисту необходимо опираться на знания в области когнитивной, телесной, экзистенциальной, поведенческой психотерапии, системную семейную психотерапию и другие. Сложившаяся в последнее время в мире интеграция научных знаний обогащает традиционные направления психотерапии и позволяет использовать широкий арсенал методик в контексте актуального состояния самой личности, ее направленности и потребностей. Что существенно повышает эффективность психотерапии и сокращает ее сроки.

Психопатологические особенности больных шизофренией с носительством генетического полиморфизма обмена фолатов MTHFR677C>T

Жиляева Т.В., Сергеева А.В., Благонравова А.С.

ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, г. Нижний Новгород

По результатам зарубежных исследований, при шизофрении чаще, чем в общей популяции, выявляются нарушения метаболизма фолатов, в том числе полиморфизм гена обмена фолатов MTHFR677C>T. В отдельных работах показано, что носительство полиморфизма MTHFR677C>T у больных шизофренией ассоциировано с тяжестью негативной симптоматики и нарушениями исполнительного функционирования. Результаты исследователей из разных стран не однозначны. В России аналогичных исследований не проводилось. Целью данной работы был сравнительный анализ выраженности психопатологических симптомов, особенностей личностного и социального функционирования, измеренных с помощью психометрических методик, у больных шизофренией, носителей различных аллелей гена MTHFR C677T. Материалы и методы. 150 пациентов с диагнозом шизофрения обследованы методом ПЦР на наличие однонуклеотидного полиморфизма MTHFR677C>T, в результате чего сформировано 2 группы: основная – носители полиморфизма MTHFR677C>T (n=77) и сравнения – носители генотипа MTHFR677CC. Часть пациентов обследована с помощью психодиагностических рейтинговых шкал: Шкалы для оценки позитивных и негативных синдромов шизофрении (PANSS, n=52), Шкалы для оценки негативных симптомов шизофрении (SANS, n=64), Шкалы личностного и социального функционирования (PSP, n=76), Шкалы Калгари для оценки депрессии при шизофрении (CDSS, n=62) и прошли тестирование с помощью батареи когнитивных тестов («Заучивание 10 слов», тесты Струпа, «тэппинг», вербальной семантической и фонетической беглости, упорядочивания букв и чисел, Мюнстерберга, «башня Лондона» и «шифровка» Векслера, n=66). После формирования групп сравнения выборки нормированы по полу, возрасту и длительности течения заболевания. Результаты. Основная группа в отличие от группы сравнения имела

достоверно более высокие суммарные баллы по шкалам негативных синдромов (31,4 против 24,4 баллов, p=0,035) и общей психопатологии PANSS (57,0 против 46,0 баллов, p=0,0039), по методике SANS (88,75 против 73,3 баллов, p=0,042), большую сумму баллов когнитивного кластера PANSS 5-факторной модели шизофрении (28,7 против 22,2 баллов, p=0,014), а также меньший уровень личностного и социального функционирования по шкале PSP (37,2 баллов против 45,5, p=0,048). Различия не связаны с полом и возрастом пациентов, длительностью течения заболевания. По выраженности депрессивной симптоматики основная группа не отличалась от группы сравнения: 6,9 против 6,3 баллов по CDSS (p=0,62), и 12,4 против 11,9 баллов кластера PANSS «тревога-депрессия» 5-факторной модели (p=0,71). Когнитивные нарушения, выявленные с помощью батареи когнитивных тестов, более выражены в основной группе, но не достоверно. Полученные результаты свидетельствуют об ассоциации носительства генетического полиморфизма MTHFR677C>T с выраженностью негативных симптомов, худшим уровнем личностного и социального функционирования, а также, возможно, выраженностью когнитивных симптомов в российской популяции больных шизофренией.

О специфике курса психиатрии для студентов-психологов

Журавлев И.В.

МГИ им. Е.Р. Дашковой, г. Москва

Данные размышления основываются на опыте преподавания курса психиатрии студентам факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова в 2002–2014 гг.

Студенты-медики и студенты-психологи, начинающие изучать психиатрию, характеризуются разным уровнем подготовки в области гуманитарных и естественнонаучных дисциплин. Но главное различие связано с тем, какая формируется у учащихся система научных категорий, какова специфика языка, на котором они обучаются обсуждать исследуемый объект. Поэтому описание расстройств психики

на медицинском языке, представление их в системе привычных для врачебного мышления категорий (этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение) может быть не вполне конгруэнтно восприятию студентов-психологов, привыкших к описанию психических функций (в норме и патологии) в системе психологических категорий (таких, как, например, деятельность, действие, операция, мотив, цель, смысл, установка и т.д.) и с обязательной опорой на общепсихологические теории. Можно ли преодолеть этот «языковой барьер», не рискуя утратой существенных характеристик преподаваемого предмета?

Рефлексивный взгляд на предмет психиатрии, формирующийся благодаря необходимости преодоления подобных междисциплинарных барьеров, попутно оборачивается появлением новых вопросов. Каковы характеристики, отличающие психиатрический взгляд на психическое расстройство от психологического и какого-либо иного? Обладает ли психиатрия своим собственным научным языком, или же она, как бедная золушка, в силу своего особого положения в системе медицинских дисциплин вынуждена заимствовать у естественных наук категориальный аппарат для описания мозговых процессов (что может быть выдано за «патогенез» расстройства), а у наук гуманитарных, и прежде всего психологии, – термины для описания душевной деятельности (что преподносится как «клиника»)? Современной психиатрии в силу ее внутренней гетерогенности достаточно сложно очертить свой предмет. Однако мы полагаем, что в современных условиях, учитывая тенденции наук к интеграции, целесообразно говорить не столько о сохранении предмета, сколько о сохранении традиций научных школ, и в этом смысле психиатрическое знание обладает хорошо прослеживаемой спецификой.

Наш опыт преподавания психиатрии психологам демонстрирует, что эту специфику можно сохранить, даже переведя обсуждение расстройств психики на психологический язык. Именно поэтому нам удалось создать курс, отличающийся как от традиционных курсов психиатрии, читаемых медикам, так и от курсов клинического цикла, читаемых психологам (клиническая психология, патопсихология, специальная психология, психология аномального развития и др.). Данью традициям клинической психиатрии в этом курсе является утверждение недопустимости описания патологических феноменов

в категориях обыденного сознания (запрет на психологизацию), данью традициям клинической психологии – анализ расстройства с опорой на представления о развитии, а также сопоставление нормы и патологии с опорой на общепсихологические теории.

Пример биоинформационной системы в психиатрической практике

Захарова Н.В., Шмилович А.А., Угаров И.В., Ободзинская Т.Е.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Стремительное развитие знаний в области изучения генетики психических расстройств происходит на фоне явной нехватки информационных систем поддержки принятия решений, способных в режиме реального времени облегчить диагностический поиск специфических генов-кандидатов с учетом многочисленных клинических и биологических корреляций предрасполагающих факторов у пациентов.

Цель работы – разработка автоматизированной и интуитивно понятной системы регистрации, обработки и воспроизведения данных для картирования генетических и фенотипических (в том числе психопатологических, патопсихологических, соматических и фармакологических) переменных с возможностью оценки эпигенетических факторов.

Результаты. На основе анализа данных из открытых источников (PubMed, Genetic Association Database, ClinVar и др.) в сопоставлении с классификациями психических расстройств (МКБ-10 и DSM-5) создана инновационная интеллектуальная система xGenCloud, действующая по принципу «облачного» он-лайн сервиса. Функцией указанной системы является интеграция разработок в области генетики психических заболеваний в практическую деятельность.

Содержание xGenCloud: руководство по фенотипическим характеристикам – 10 300 единиц, включая 3000 переменных для моногенных заболеваний и около 7000 – для многофакторных. Справочник

лекарственных средств – 12 000 записей (включая данные о психофармакологических препаратах, принимая во внимание все звенья фармакокинетики и фармакодинамики). Модуль эпигенетики состоит из 108 различных средовых факторов. Не смотря на столь значительный объем данных система удобна в использовании благодаря разбивке по нозологическим, синдромальным и симптоматическим рубрикам, ассоциированным с известными генетическими маркерами.

Генетическая часть базы знаний состоит из данных обо всех известных на текущий период генах (около 38000), а также мутациях и полиморфизмах в них (более 300000). Сведения о генетических маркерах психических расстройств выделены в отдельный клинико-диагностический модуль на основании анализа 3775 публикаций с общим описанием 8334 ассоциаций в более чем 2000 генах.

Предусмотрено постоянное обновление базы знаний xGenCloud за счет использования алгоритмов «Text Mining», отслеживающих научные тексты по ключевым словам в ведущих научных ресурсах.

Конфиденциальность данных обеспечивается путем присвоения каждому наблюдению многозначного идентификационного номера, данные хранятся в анонимной форме на протяжении всей жизни, что обеспечивает их изменение лечащим врачом.

Выводы. Система xGenCloud способна повысить качество прогностических оценок и, следовательно, персонифицировать диагностические и терапевтические стратегии, в том числе с разработкой индивидуальных алгоритмов психофармакотерапии.

Развитие сети психиатрической помощи на региональном уровне

Казаковцев Б.А.

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

Сбалансированная (G. Thornicroft et al., 2003) организация психиатрической помощи возможна только с учетом региональных особенностей распределения населения. В 83 регионах России, городское

население в которой в настоящее время составляет 74 %, в соответствии с исторически сложившимися медико-географическими условиями устойчиво сохраняется следующая организационная структура психиатрической помощи.

Организация на уровне первичного медицинского обслуживания сельского населения с использованием специализированной помощи. В полной мере это осуществляется лишь в 4 из 83 регионов, где 138 психиатрических кабинетов функционируют в составе поликлиник всех Центральных районных больниц (Владимирская область; Псковская область; Республика Башкортостан; Свердловская область). В остальных 79 регионах население малонаселенных и удаленных от региональных центров сельских районов (около 20 % населения страны) получает амбулаторную психиатрическую помощь в 1875 психиатрических кабинетах, работающих на базе районных, межрайонных или региональных многопрофильных и психиатрических учреждений здравоохранения.

Организация психиатрической помощи на уровне обслуживания городского и сельского населения межрайонными и региональными психоневрологическими диспансерами, выездными психиатрическими бригадами, межрайонными и региональными психиатрическими больницами, полустационарами. Подобная сеть служб охраны психического здоровья имеет место в 38 регионах и она нуждается в расширении и повышении качества помощи за счет развитии инновационных форм, включающих проведение психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитацию пациентов.

Организация работы обслуживающих городское и сельское население региональных психоневрологических диспансеров, психиатрических больниц, реабилитационных центров. В дополнение к указанным выше мерам, в 45 регионах, имеющих данные учреждения только на территории региональных центров, наряду с дальнейшим развитием психотерапевтических, кризисных, экспертных, реабилитационных, соматогериатрических и др. служб необходимы усилия по их рациональному распределению по всей территории региона. Перечисленные меры относятся к реорганизации деятельности амбулаторных, стационарных, полустационарных дневных и ночных (для работающих пациентов) клиник, психиатрических бригад скорой и неотложной помощи,

служб активной психиатрической помощи на дому, психоневрологических интернатов.

В целях повышения доступности инновационных форм психиатрической помощи для всего населения региона необходимо использовать системный подход к реорганизации сети психиатрической помощи, предусмотренный приказом Минздрава России от 27 марта 2002 г. № 98.

Сравнительно-возрастные особенности фобических расстройств в детско-подростковом возрасте

Казанцева Э.Л.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Анализ фобических расстройств у детей и подростков, находящихся на стационарном лечении в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, позволил не только установить их основные клинико-динамические закономерности, но и выделить ряд существенных возрастных особенностей. Все больные наблюдались динамически, в течение всего срока госпитализации. Основным критерием отбора больных являлось наличие фобий и их ведущее положение в клинической картине заболевания.

Фобические расстройства у детей и подростков в подавляющем большинстве случаев развиваются на измененной биологической и/или социально-психологической «почве», непосредственно после дополнительных острых ситуационных или соматических вредностей. В подавляющем большинстве случаев выявляется определенная конституционально-личностная предуготованность фобий в виде связи с психастеническими чертами личности.

В общей группе детей и подростков возникают все клинические варианты фобических расстройств, выделение которых в самостоятельные рубрики, предусмотрено МКБ-10: специфические фобии, паническое расстройство, ипохондрические фобии, социальные фобии, агорафобия. Варианты фобий детско-подросткового возраста соответствуют таковым у взрослых, но имеют ряд существенных возрастных клинических особенностей. С увеличением возраста больных

и особенно возраста начала фобий увеличиваются сложность, полиморфизм и степень завершенности фобических расстройств. Патологические страхи у дошкольников отличаются скудным интеллектуальным содержанием, отсутствием критики к ним. С увеличением возраста больных и особенно возраста начала фобий нарастают сложность, полиморфизм и степень завершенности фобических расстройств. Клинически более очерченный фобический симптомокомплекс формируется, начиная с младшего школьного возраста. При начале в пубертатном периоде фобические расстройства имеют наиболее завершенный вид.

В условиях экономической, социальной и политической нестабильности идет нарастание фобий у детей и подростков. В последнее время возросло число детей школьного и подросткового возраста с фобиями, фабула которых отражает информацию, доступную детям и подросткам о катастрофах (авиакатастрофах, природных катаклизмах). Также среди подростков достаточно актуальными стали страхи предстоящих итоговых экзаменов (ОГЭ, ЕГЭ). Любые проверочные и «пробные» работы у этих подростков сопровождаются паническими атаками (нехватка воздуха или чувство стеснения в груди, оцепенение, неуверенность, тахикардия, дрожь или тремор, потливость).

Фобические расстройства у детей и подростков сопровождаются защитными действиями (избегание пугающих ситуаций, уклонение от них, «реакции отказа») и ритуалами, что приводит к углублению их школьной и семейной дезадаптации.

Особенности оказания психиатрической помощи при наводнениях

Калашников Д.И.*, Портнова А.А.**

**ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Краснодар*

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

Чрезвычайные ситуации (ЧС) являются сильным психотравмирующим фактором для пострадавших. Частота острых стрессовых расстройств при различных ЧС достигает, по разным данным, 40–90 %.

Эффективность оказания психолого-психиатрической помощи лицам, пострадавшим в результате различных ЧС, во многом определяется ее своевременностью. Экстренная психиатрическая помощь должна оказываться непосредственно в местах пребывания пострадавших (в местах временного размещения пострадавших, массового скопления людей, амбулаториях, стационарах и т.п.) и как можно в более ранние сроки.

Многолетний опыт деятельности сотрудников Отдела неотложной психиатрии и помощи при ЧС ФМИЦПиН им. В.П. Сербского (ГНЦССП им. В.П. Сербского) позволил разработать организационные и методологические подходы к обеспечению психолого-психиатрической помощи пострадавшему при ЧС населению.

Возникшее 7 июля 2012 в г. Крымске наводнение повлекло за собой массовую гибель и разрушение домов. По официальным данным, погиб 151 человек, в целом количество пострадавших составило около 53 тыс. человек, из них 29 тыс. потеряли имущество.

По прибытии в очаг ЧС необходимо решить несколько первоочередных задач по организации психиатрической помощи.

Во-первых, провести оценку сил и координация специалистов, находящихся в очаге и прибывающих для оказания помощи. Работа по организации и оказанию специализированной медико-психологической помощи пострадавшим и родственникам погибших во время наводнения, проводилась совместно со специалистами (психиатрами и психологами) региональной психиатрической службы и с психологической службой МЧС.

Во-вторых, приближение специализированной психолого-психиатрической помощи населению. С этой целью помощь оказывалась:

- в местах общего скопления людей (ДК «Русь», пункты выдачи финансовой помощи, муниципалитет, на встречах с представителями краевой администрации);
- в местах временного размещения пострадавших (детские сады № 3, 4, 6, 7, 14, 35; средняя школа №1; школа-интернат) – общее количество пострадавших 600, из них 112 детей;
- в районных штабах ликвидации последствий ЧС г. Крымска и п. Нижнебаканский;
- в передвижных пунктах вакцинации;

- в отделениях МБУЗ «Крымская городская больница», амбулатории п. Нижнебаканский – 94 чел., на дому – 7 чел. (г. Крымск) и 8 чел. (п. Нижнебаканский);
- во время дворовых обходов в составе медицинских бригад – 440 человек;
- в морге при проведении следственных мероприятий, связанных с опознанием тел погибших, при выдаче тел погибших, захоронении;
- во время выездов на дом (вызовы с пульта вызова МЧС) – 25 чел.

Всего специализированная помощь была оказана более 3693 человек.

Необходимой задачей, возникающей перед психиатрической службой с первых часов после ЧС, является предотвращение панических реакций у пострадавших. С массовыми паническими реакциями мы сталкиваемся во время оказания помощи пострадавшим от различных ЧС. В Крымске неосторожно или намеренно брошенная в толпе фраза «идет волна» вызвала неуправляемую паническую реакцию с бегством из города значительной части населения. Панические реакции продолжались около часа, за который многие успели взять детей, стариков и устремиться из города. На дорогах образовались пробки, произошло множество мелких ДТП. Медикам и сотрудникам МЧС удалось погасить панику объезжая районы Крымска и разубеждая жителей в грозящей опасности. Во избежание подобных реакций в дальнейшем проводилась как непосредственная разъяснительная работа с населением, а также с представителями администрации города и другими официальными лицами, которым сообщалось о необходимости регулярного (не реже одного в час) информирования горожан об отсутствии опасности, о том, что ситуация находится под контролем, что ведутся спасательные работы с привлечением максимального количества профессионалов.

Роль сексуальных дисгармоний в формировании парной дезадаптации

Кибрик Н.Д.

ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского»
филиал Московский НИИ Психиатрии

В современном обществе остро стоит вопрос нестабильности брачных отношений. В неполной семье дети не могут воспринимать гармоничной картины взаимоотношений родителей, не учатся выстраивать и сохранять эти отношения. В связи с этим в дальнейшем возрастает риск возникновения дисгармоний и разводов уже в образуемых ими семьях. Сексуальные дисгармонии довольно распространенное проявление сексуальной активности пары. Причины их возникновения кроются не только в психосоциальных особенностях взаимодействия пары, но и связаны с предшествующим сексуальным опытом, культуральными, личностными и характерологическими особенностями каждого из партнеров. Немаловажную роль при этом отводится т.н. «диапазону приемлемости», особенно на ранних этапах парных отношений, однако при длительности существования пары проблемы возникают из-за стереотипизации, снижения остроты сексуальных переживаний, а также эмоциональной насыщенности взаимоотношений. Семейно-сексуальные дисгармонии – это конфликт межличностных отношений, вызывающих дезадаптацию в социально-психологическом и интимно-личностном плане, проявляющуюся снижением сексуальной активности. Нарушения сексуальной адаптации состоят либо в ее незавершенности, либо в редукции к более ранним этапам при столкновении с непреодолимыми препятствиями в сфере сексуальных отношений. Данный подход заключается не в поиске несоответствия отдельных психофизиологических характеристик партнеров, а оценка их взаимного вклада в реализацию сексуального стереотипа. Выделено три стандартных этапа сексуальной адаптации в браке, благодаря чему можно определить объем и направленность лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий. При выявлении супружеской дезадаптации, особое внимание уделяется изучению межличностных отношений, распределению

социальных ролей в семье, согласованности индивидуальных ценностных ориентаций. С этой целью проводилось психологическое исследование партнеров на основе формализованных показателей теста пяти брачных факторов. Методика основана на том, что условно структура так называемого брачного потенциала оценивается физическим, материальным, сексуальным, психологическим и культурным факторами каждого из партнеров, значимость которых определяется не только в обладании определенными положительными качествами, но и сочетанием их, соответствием этих качеств ожиданиям партнера. Каждый из пяти факторов характеризуется различной относительной величиной, взаимодействуя с другими факторами, интегрируется в общую результирующую сумму, обозначаемую, как брачный потенциал. Данное тестирование способствует выявлению риска супружеской дезадаптации не только в браке, но и до вступления в него, что позволяет избежать внутриличностной несостоятельности, формирования невротических расстройств, а также способствовать профилактики сексуальных дисгармоний.

Медико-педагогический подход к специальному сопровождению детей-инвалидов с детским аутизмом

Киреева И.П.*, Шулекина Ю.А.**, Атмашкина О.М.**, Валюс Е.К.**

**ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

***ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, г. Москва*

Невыборочное клинико-психопатологическое и психолого-педагогическое обследование 30 детей-инвалидов 3–6 лет с диагнозом детский аутизм (ДА) по критериям МКБ-10 с последующим проспективным наблюдением на протяжении 5–10 лет позволило оценить структуру и динамику психических расстройств. ДА оказался лишь симптомокомплексом сложного психопатологического синдрома с хроническим течением и трехкомпонентной структурой: диссоциированная задержка психического развития с личностными аномалиями

аутистического круга, эндогенные фазные (кататонические, аффективные) и психогенные психические расстройства выявлялись во всех случаях, что позволило рассматривать ДА как вариант «психопатологического диатеза» (Циркин С.Ю., 2012). Использование концепции «психопатологического диатеза» позволило предложить двухчастную модель медико-педагогического сопровождения (МПС) детей-инвалидов с ДА.

В предлагаемой модели МПС медикаментозная коррекция начиналась как можно раньше (с первого обращения), проводилась амбулаторно, непрерывно, длительно (не менее 2–3 лет) и была направлена на купирование облигатных для ДА кататоно-аффективных расстройств, страхов. С целью повышения комплаенса предпочтение отдавалось препаратам с однократным в течение дня приемом (атипичным нейролептикам без «корректоров», антидепрессантам-СИОЗС) и краткосрочным курсам транквилизаторов, седативных трав. Ноотропные, гомеопатические препараты не назначались. Становление лекарственной ремиссии с нормализацией сна и поведения занимало от нескольких недель до полугода и сопровождалось появлением прогресса в психическом, поначалу преимущественно в эмоционально-волевом, развитии.

Педагогическая коррекция начиналась на фоне уже сформированной медикаментозной ремиссии коморбидных ДА психических расстройств через недели-месяцы от начала терапии. Это позволяло провести психолого-педагогическое обследование ребенка с целью оценки прогноза развития и образовательных возможностей ребенка. Специальное обучение продолжалось от полугода до 5–7 лет и проводилось либо в очной (еженедельное занятие с дефектологом вне дома), либо в заочной (по схемам, высылаемым по Internet) формах. При всех формах обучения родителям давался план ежедневных занятий на неделю, который включал содержание упражнений, речевые инструкции к заданиям, рекомендации к организации обучающего пространства, последовательность упражнений, ожидаемый результат. Вариативное обучение постоянно соотносилось с достижениями/стагнацией, которые показывал ребенок. Программа специального сопровождения в обучении включала: организацию самостоятельной элементарной деятельности ребенка, основанной на сотрудничестве; вызывание

и совершенствование речи через систему кинетических, кинестетических, сенсорных, когнитивных интеграций; формирование предпосылок усвоения знаковой деятельности; обучение грамоте.

Комплексное МПС позволило добиться возможности обучения 2/3 детей с ДА по программе общего начального образования (массовой школы).

Роль музея психиатрической больницы в психопросвещении и психообразовании пациентов

Кокорина М.В.*, Шмилович А.Л.*, Якушенко А.В.*, Басова А.Я.**

**ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», г. Москва*
***ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

Первый в Москве музей при психиатрическом учреждении создал Сергей Сергеевич Корсаков в конце XIX века. Это был музейный уголок в руководимой им Психиатрической клинике Московского университета. Музей истории ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева (им. П.П. Кащенко с 1922 по 1994 г.) начал создаваться в 1978 г. Основной целью было показать посредством музейной экспозиции историю развития больницы, работу ее подразделений, становление больничных традиций, эволюцию методов лечения душевнобольных. Создание музея стало большой коллективной работой сотрудников больницы и пациентов при активном участии врача больницы З.М. Агеевой, заведовавшей музеем на общественных началах. Музей посещают сотрудники больницы, пациенты и члены их семей; студенты медицинских, социально-психологических, исторических колледжей и ВУЗов, курсанты постдипломного образования; социальные экскурсионные группы.

Стандартная обзорная экскурсия включает в себя рассказ:

– о развитии психиатрии в Европе 17–19 вв. с демонстрацией соответствующих эпохе рисунков душевнобольных, смирительных домов, методов лечения;

– об особенностях отечественной психиатрии (призрение в монастырях, создание первых доллгаузов, условия содержания и лечения в них);

– об истории создания больницы на Канатчиковой даче и условиях содержания пациентов в ней;

– об эволюции методов лечения на протяжении XX века;

– о современных подходах к лечению и социальной реабилитации пациентов с психической патологией на примере ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева.

Многолетний опыт проведения экскурсий для пациентов показал, что знакомство с историей психиатрии, становится важным элементом психопросвещения. Это, в свою очередь, положительно влияет на последствия самостигматизации, комплаентность, возможности реабилитации, ресоциализации психически больных людей. Данное наблюдение подтверждается многочисленными научными исследованиями (Закс Д.Б, 2009). На данный момент, борьба со стигматизацией психически больных является одним из ведущих направлений программ ВОЗ (Ястребов В.С. и др, 2009; Козырев В.Н., Шмилович А.Л., Рытик Э.Г., 2016). Анализ базы данных PsycInfo показал «драматический» рост количества статей, в которых упоминается понятие стигмы. (Major B. etc., 2005) Большинство исследователей приходят к выводу, что в реальной работе по преодолению стигмы начинать нужно с преодоления самостигматизации. Прежде всего – это работа с самими пациентами и их близкими, связанная с повышением уровня их информированности в области собственной болезни и лечения. (Ротштейн В.Г. и др., 2008) Мы подошли к изучению данного вопроса, следуя позиции Р. Фарра: стигма – это социальное представление с негативной валентностью (Farr R., 1995).

Нами было осуществлено исследование, целью которого было изучение влияния экскурсии на представления пациентов о себе, болезни и лечении. Для достижения данной цели мы использовали модификацию метода семантического дифференциала. Пациентам, принимавшим участие в экскурсии, предлагалось оценить 3 стимула: «я», «болезнь», «лечение» по 5 различным биполярным шкалам (таким как: «плохой – хороший», «сильный – слабый», «страшный – безопасный» и т.д.). Итоговое количество респондентов составило 52 человека.

Анкета предъявлялась до и сразу после экскурсии. Мы исходили из общего предположения о том, что приобретение знаний и впечатлений от посещения музея должно положительно сказаться на отношении к болезни и лечению, и, как следствие, к себе.

Исследование носило характер пилотажного. Следовательно, мы не делили пациентов на группы в зависимости от диагноза, количества госпитализаций и т.д., а пытались определить лишь общие тенденции влияния музейной деятельности на представления пациентов.

Полученные результаты были обработаны и подсчитаны при помощи критерия Манна-Уитни. Значимые различия обнаруживаются в отношении к лечению. Отмечается положительная динамика по таким шкалам, как «хорошее – плохое» (0.024) и «полезное – напрасное» (0.016) лечение. Различия на уровне тенденции отмечаются по шкале: «печальное – радостное» (0.098).

Таким образом, мы имеем возможность говорить о наличии влияния психопросветительской экскурсионной деятельности на представления пациентов о лечении, что видится нам крайне важным аспектом лечения и реабилитации психически больных людей.

Кроме того, нами были подсчитаны и проанализированы корреляции между шкалами до и после экскурсии. Более детальный анализ данных корреляций планируется в следующих публикациях.

По остальным шкалам отмечаются менее выраженные различия, что может быть связано с такими факторами, как: маленький объем выборки, отсутствие деления на группы по этиологии заболевания и т.д. Планируется дальнейшее многофакторное исследование влияния экскурсии на представления пациентов о себе, болезни и лечении, а также о психиатрии в целом. Для достижения данной цели предполагается учет диагноза, количества госпитализаций, комплаентности, социальной включенности, наличия и выраженности негативной и продуктивной симптоматики, увеличение числа испытуемых и т.д.

Помимо этого планируется создание музейно-исторического клуба для пациентов медико-реабилитационного отделения и дневного стационара больницы.

Таким образом, нами были намечены возможности работы и пути исследования психообразовательного воздействия в рамках работы музея больницы.

Руминация тревожно-депрессивных переживаний у лиц молодого возраста

Колпаков Я.В.

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

Цель исследования: оценить выраженность руминации тревожно-депрессивных переживаний у лиц молодого возраста. Обследовано 72 лица молодого возраста (от 17 до 34 лет; средний возраст – 21,6±3,5 года) из общей популяции г. Москвы. Использовались «Шкала руминации» («Ruminative Responses Scale», RRS, W. Treynor, R. Gonzalez, S. Nolen-Hoeksema, 2003), пилотная русскоязычная версия в авторской адаптации и «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» («Hospital Anxiety & Depression Scale», HADS, A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983) в адаптации М.Ю. Дробижева (1993). Статистическая обработка проводилась при помощи пакета программ SPSS 20. Результаты. 1). В группе лиц мужского пола показатель общей выраженности руминации составил 43,76±10,04 балла, склонности к рефлексии и самоанализу – 9,86±2,68 балла, навязчивых размышлений – 9,97±2,88 балла, навязчивых депрессивных переживаний – 23,93±6,50 балла. В группе лиц женского пола показатель общей выраженности руминации составил 47,98±10,29 балла, склонности к рефлексии и самоанализу – 11,37±3,64 балла, навязчивых размышлений – 10,86±2,89 балла, навязчивых депрессивных переживаний – 25,74±5,36 балла. Статистически достоверных различий по общей выраженности руминации и её компонентов между группами лиц молодого возраста мужского и женского пола по критерию U Манна-Уитни выявлено не было ($p<0,137$, $p<0,092$, $p<0,293$ и $p<0,223$ для перечисленных показателей, соответственно). 2). В группе лиц мужского пола показатель выраженности клинических симптомов тревоги составил 10,93±4,52 балла, симптомов депрессии – 9,43±3,63 балла. В группе лиц женского пола показатель выраженности клинических симптомов тревоги составил 9,41±4,01 балла (39,06±13,55 %), симптомов депрессии – 7,67±3,41 балла. Статистически достоверных различий по выраженности клинических симптомов тревоги и депрессии между группами лиц молодого возраста

мужского и женского пола по критерию U Манна-Уитни выявлено не было (p<0,208 и p<0,065 для тревоги и депрессии, соответственно). 3). Выраженность тревоги статистически достоверно положительно связана в обеих группах с выраженностью руминации (R=+0,399, p<0,035 и R=+0,377, p<0,014 для лиц мужского и женского пола, соответственно) и таким её компонентом как навязчивые депрессивные переживания (R=+0,441, p<0,019 и R=+0,353, p<0,022 для лиц мужского и женского пола, соответственно). 4). Выявлены различия в корреляционных связях между показателями клинической симптоматикой тревоги и особенностями руминации в исследуемых группах. У лиц женского пола выраженность тревоги статистически достоверно положительно связана с выраженностью такого компонента руминации как склонность к рефлексии и самоанализу (R=+0,331, p<0,032), тогда как у лиц мужского пола – не связана. Вывод. При лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра необходимо учитывать половые различия в структуре руминации тревожно-депрессивных переживаний.

Обсессивно-компульсивные и кататонические симптомокомплексы в рамках шизотипического расстройства

Колюцкая Е.В.

ФГБНУ НЦПЗ РАН, г. Москва

Положение кататонии в современных систематиках является предметом дискуссии, обусловленной значительным числом исследований, показавших, что кататонический симпомокомплекс, диагностировавшийся ранее строго в пределах шизофрении, возможно, представляет собой самостоятельное расстройство. Данная позиция нашла свое отражение в последней редакции DSM (DSM-V), но до настоящего времени не является общепризнанной. И если концепция кататонии в целом окончательно не определена, то синдромально незавершенные формы кататонии («мягкая» кататония в терминологии K. Kahlbaum) можно уверенно рассматривать в рамках шизотипического расстройства.

Проведенные ранее исследования показали, что проявления мягкой кататонии нередко выступают в тесной связи с неврозоподобными проявлениями, в частности с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР). Структура коморбидных соотношений обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов неоднородна, и включает как минимум два клинических типа: расстройства, дебютирующие обсессивно-компульсивной симптоматикой и расстройства, дебютирующие явлениями мягкой кататонии. В рамках состояний первого типа кататонические феномены выступают в качестве вторичных по отношению к ОКР психопатологических образований. Кататоническая симптоматика формируется в пределах обсессивно-компульсивного симтомокомплекса и тесно связана с динамикой навязчивостей. Видоизменение обсессивно-компульсивных проявлений осуществляется за счет включения в структуру ритуалов (идеаторных и двигательных) отдельных кататонических проявлений (ступорозные состояния, блокировка, двигательные стереотипии). Обратные зависимости обнаружены при состояниях второго типа. Синдромально незавершенные кататонические расстройства (без тенденции к развитию и утяжелению) формируются в качестве инициального проявления эндогенного процесса. Данные феномены сосуществуют с расстройствами невротического регистра, обнаруживая тропность к ОКР с доминированием двигательных расстройств (компульсий и ритуалов). Резюмируя выявленные типологические различия можно сделать вывод о том, что речь идет о полярной структуре коморбидности. Формирование коморбидных расстройств первого типа реализуется расширением обсессивно-компульсивного синдрома за счет присоединения кататонических феноменов с образованием общих симптомов. Коморбидные расстройства второго типа, напротив, характеризуется автономным сосуществованием обсессивно-компульсивных и кататонических (мягкая кататония) расстройств в условиях относительной низкой активности эндогенного процесса.

Организация психотерапевтической и психокоррекционной работы с мальчиками-подростками в условиях острого подросткового отделения ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой»

Конина М.А.*, Вишневская О.П.**, Трофимчук А.М.*

**ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, г. Москва*
***ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

В связи с увеличением количества пациентов старшего подросткового возраста, поступающих на стационарное лечение в острое подростковое отделение для мальчиков НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, становится оправданным повышение удельного веса психотерапевтических и психокоррекционных методов лечения в связи с большей доступностью рефлексивной и когнитивной работы для этой взрослой группы пациентов. Сравнение числа подростков старшего возраста (15, 16 и 17-летних), получивших такую помощь на базе 4-го отделения, показывает увеличение охвата старших школьников, включенных как в психокоррекционную, так и психотерапевтическую работу в I квартале (январь – март) 2016 года по сравнению с I кварталом (январь – март) 2015 года (см. Таб. 1).

На базе четвертого отделения организована и ведется психотерапевтическая и психокоррекционная работа с 2016 года в бригадном подходе: проводятся научные консультации, психодиагностические обследования, а также обследования психотерапевтом, нацеленные на постановку мишеней для краткосрочной коррекционной работы (в среднем 8 сессий). Коррекционная и психотерапевтическая работа проводится в формате индивидуальных и с 2016 года семейных консультаций. В бригадной работе участвуют врач-психиатр, семейный психотерапевт, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова; медицинский психолог четвертого отделения и младший научный сотрудник научного отдела НПЦ ПЗДП. Сравнение общего числа сессий в I квартале 2016 года по сравнению с I кварталом 2015 года показало также увеличение общего объема работы психологов и психотерапевтов в отделении на 34 % (282 и 186 сессий соответственно).

Таблица 1

Количество психотерапевтических и психокоррекционных сессий, проведенных в остром мужском отделении НПЦ ПЗДП им. Сухаревой в I квартале 2015 и I квартале 2016 гг.

Возраст 15 лет

Год обследования	2015	2016
Психотерапия	11	31
и психокоррекция	31	60

Возраст 16 лет

Год обследования	2015	2016
Психотерапия	13	18
и психокоррекция	9	15

Возраст 17 лет

Год обследования	2015	2016
Психотерапия	3	4
и психокоррекция	14	58

Аффективные расстройства у больных с синдромом зависимости от опиоидов

Коньков В.И.*, Шмилович А.А.**

**ГБУЗ «МНПЦН ДЗМ», г. Москва*

***ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

Актуальность. Аффективные расстройства у больных с синдромом зависимости от опиоидов остаются по настоящий момент времени актуальной темой. В работе выявляется особенность изменения аффективной сферы в зависимости от этапа заболевания.

Целью данного исследования является выявление типов аффективных расстройств с последующим дифференцированным подходом на этапе лечения.

Материал исследования: клинико-психопатологическое и клинико-статистическое исследование 122 больных с синдромом зависимости от опиоидов.

Результаты исследования. Выявлены пациенты с аффективными расстройствами. Преобладающими среди которых являются пациенты с депрессивной симптоматикой представленной, преимущественно, дисфорическим, апатичексим и адинамическим типами.

Так же выяснено, что наркотизация вносит негативный дисбаланс во взаимоотношения больного с членами его семьи и приводит к их отдалению друг от друга. Круг общения больных приобретает наркоманический характер. Одним из предикторов, которые это обуславливают является психическая и физическая адинамия, которые выключают аддикта из социума. Быстрая нивелировка этого состояния отмечается только на фоне употребления опиоидов. Взаимодействие с окружающей действительностью носит формальный, условный характер, а вся активность и стремления направлены на добывание и употребление наркотика.

Анализируя преморбид больных, у многих из них выявляется гиперактивность в поведении в детский и ювенильный период. Несмотря на это, во многих случаях они податливы и внушаемы. Попадая под влияние «авторитетов» своего окружения пробуют что-то «новенькое» (опиоиды), при этом испытывая страх и тревогу, но ожидая «необычных ощущений». В дальнейшем это приводит к развитию и становлению заболевания. В котором самым «неприятным» для больных является синдром отмены (посттоксический дистресс-синдром) со сниженным настроением, злобностью, агрессией и раздражительностью, которые направлены на себя или на окружение. Выйти с этого состояния и закрепить его, не возобновляя прием опиоидов, очень тяжело. Потому что начало становления ремиссии сопровождается сниженным настроением, психической и физической адинамией, «мир в серых красках», которые длятся от 1 до 3 месяцев. Но зато в последующем отмечается нарастание активности и настроения. Самые стойкие и пролонгированные первые ремиссии; в последующем же происходит сокращение их длительности и частоты возникновения.

Прослеживается следующая зависимость, что депрессивная симптоматика, которая выявляется у пациентов в структуре синдрома отмены имеет схожую структуру с типом характера в преморбиде.

Выводы: Аффективный континуум представлен разными типами, которые, зачастую, определяются преморбидом. Наркотизация приводит к десоциализации. Возвращение в социум занимает колоссальное количество времени, психических и физических сил. Лечение дифференцировано.

Гендерные аспекты расстройств поведения и настроения у подростков

Кравченко Н.Е.

ФГБНУ НЦПЗ РАН, г. Москва

Согласно современным данным расстройства поведения у подростков чаще наблюдается у лиц мужского пола (соотношение 2,5: 1). Диагностическая категория МКБ-10 «депрессивное поведенческое расстройство» подразумевает состояние с сочетанием признаков депрессии и поведенческого расстройства. и включает как депрессии, «маскированные» расстройствами поведения, так и расстройства настроения, развившиеся у лиц с предшествующими поведенческим девиациями.

Проведенное нами ранее изучение клинических особенностей психопатоподобных депрессивных состояний у пациентов подросткового возраста показало, что данные состояния не только распространены у подростков, но и гендерно зависимы (соотношение юношей и девушек составляет 1:6). Общие клинические особенности депрессий с нарушениями поведения (вне зависимости от пола) заключались в невыраженности активно высказываемых жалоб на плохое настроение, преобладании угрюмого с дисфорическим оттенком аффекта, рудиментарности идеаторного и моторного компонента депрессии, ограничении расстройств поведения преимущественно рамками семьи, сочетании агрессивного отношения к близким с явлениями аутоагрессии, парциальности и преходящем характере психопатических проявлений. Эти аффективные синдромы (представляющие собой встречающийся в подростковом возрасте вариант «мужского депрессивного синдрома») наиболее часто наблюдаются в период становления особой дисгармоничной личностной структуры с разной степенью выраженности характерологических девиаций.

К психопатоподобным депрессиям тесно примыкали расстройства настроения, наблюдающиеся преимущественно у девушек (гендерное соотношение 5:1) с нарушениями поведения, хотя причислять эти проявления к собственно депрессивным симптомокомплексам возможно лишь с известной долей условности. Типичными особенностями расстройств настроения в этих случаях являлись непродолжительность (несколько дней, чаще – часов), обратимость, реактивно-психогенный механизм развития, дисфорическая окраска аффективных вспышек, ровное или слегка приподнятое настроение между эпизодами спадов, отсутствие идеаторного и моторного компонента аффективного синдрома. Изменение настроения возникало по механизму психологической реакции в ответ на угрозу или ситуацию фрустрации потребностей, сопровождалось демонстративными угрозами покончить собой. Становление девиаций поведения происходило в период полового созревания еще до развития аффективной симптоматики.

В отличие от вышеописанных состояний при психопатоподобных депрессиях, аффективные симптомокомплексы являются первичными по отношению к нарушениям поведения и определяют возникновение и существование девиаций поведения, спаянных с актуальным депрессивным состоянием, по завершении которого, как правило, происходит и обратное развитие или значительная редукция поведенческих расстройств.

Таким образом, гендерный фактор играет значимую роль в патокинезе поведенческих расстройств и должен обязательно учитываться в повседневной практике подросткового психиатра.

История исследования острых полиморфных расстройств

Кулешова Е.О., Строганов А.Е.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул

Острые полиморфные расстройства (ОПР) или «острые психозы» изучаются психиатрами из всего мира более двух веков. Первые данные об ОПР в клинической психиатрии появились в XIX веке, однако упоминания о них можно найти еще в классификации F. Plater (1695).

Первоначально острые эндогенные психозы не выделялись, хотя черты их клинической картины просматривались в описаниях таких понятий как «идиотизм», «острая деменция», «мания», «липемания».

Уже во второй половине XIX века ОПР рассматривались как самостоятельная нозология, были сделаны попытки выделить их формы, а также решить вопрос о соотношении их с другой психической патологией. Так Krafft-Ebing R. (1867), писал об острых психозах, как о состояниях с внезапным началом на фоне полного здоровья, развитием психотической симптоматики в течение нескольких часов или дней, с благоприятным разрешением.

Westphal K. (1878) описал разновидность первичного помешательства с острым началом, внезапным возникновением идей преследования или величия, галлюцинаций, которое чаще заканчивается полным выздоровлением. После того, как Merklin L. (1865) описал случай острой паранойи со спутанностью, стали дифференцировать психозы с преобладанием бредовых симптомов, психозы с галлюцинаторной симптоматикой, психозы с ясным сознанием и психозы с помрачением сознания. Некоторые исследователи акцентировали внимание на острых психозах с благоприятным исходом, возникающих под воздействием внешних вредностей. Esquirol J.E.D. (1838) описал «мономанию», возникшую на фоне психотравмирующей ситуации, Magnan V. (1893) – острый бредовый психоз на базе «дегенеративной конституции».

Отечественные авторы также занимались данной проблематикой: ОПР были описаны как приступы ремитирующей аменции Грейденбергом Б.С, Оршанским И.Г. как сноподобное помешательство. Сербский В.П. в своей классификации психических расстройств наряду с манией, меланхолией и острой деменцией различал острую аменцию и острую паранойю. Корсаков С.С. описывал острые формы душевных болезней продолжительностью до двух лет, при которых «есть надежда на то, что болезнь кончится выздоровлением».

Таким образом, в донозологический период психиатрии острые психозы в некотором смысле дифференцировались и классифицировались.

В XX веке продолжалось освещение данной проблематики, но чаще в свете причисления ОПР к другими заболеваниями (приступообразная

шизофрения, шизоаффективные психозы и др.), либо к типам реакций на внешние вредности. На этом фоне другие исследователи, напротив, придают острым психозам особое значение, подчеркивая значимость и весьма оправданное пребывание в классификациях болезней.

Настоящее время характеризуется новой волной интереса к ОПР, в значительной степени это связано и с трансформациями в МКБ. Ставится вопрос реорганизация рубрики «острые и транзиторные психотические расстройства» в связи с введением МКБ-11. Проводятся исследования, которые должны помочь разрешить несколько принципиальных теоретических и практических вопросов.

Копинг-поведение как маркер риска психической дезадаптации

Куфтяк Е.В., Черноградский Е.А.

ГБОУ ВО «КГУ им. Н.А. Некрасова», г. Кострома

Начало работ в области копинг-поведения связано с теорией стресса г. Селье (1936), изучавшего реакции человека на внешнее воздействие. Проблема преодоления стресса предполагает изучение развития и проявления различных способов поведения в кризисных условиях, структуры детерминации психологического преодоления, роли ресурсов в формировании поведения и др. Понятия «coping stress» и «coping behavior», используются для описания характеристик способов поведения человека в различных трудных ситуациях. Психологическое предназначение совладания состоит в том, чтобы обеспечить и поддержать благополучия человека, его физическое и психическое здоровье (Lazarus, 1984). Инструментально реакции совладания нацелены на то, чтобы сфокусироваться на решении проблемы, урегулировании эмоционального дистресса, защите самооценки и урегулировании социальных взаимодействий (Laux, Weber, 1991). Исследования хронического стресса показали, что в основном не физиологический, а именно «психический уровень адаптации являются наиболее чутким индикатором» стресса. Хроническое

эмоциональное напряжение (дистресс) человека может приводить к срыву функциональных систем жизнедеятельности и развитию психических и соматических расстройств различной степени выраженности (диатез-стрессовая модель возникновения развития заболеваний). В рамках своего исследования мы изучаем взаимосвязь копинг-поведения, механизмов психологической защиты и выраженности интернальных и экстернальных проблем в выборке детей в возрасте от 4 до 6 лет. Исследуемая выборка была разделена нами на 3 группы по уровню выраженности симптоматики: группа «здоровые», «группа риска» и «нарушения здоровья». Группа риска достоверно отличалась от группы нарушения здоровья слабостью защиты «регрессия» (p=0,02) и выраженностью защит «вытеснение» (p=0,002), «компенсация» (p=0,000), «замещение» (p=0,001), а также общим уровнем напряженности психологических защит (p=0,05). Группа здоровья достоверно отличалась от группы риска и нарушения здоровья выраженностью защит «формирование реакции» (p=0,000) и «интеллектуализация» (p=0,000). Было обнаружено, что здоровые дети чаще выбирают стратегии пассивного отвлечения от трудностей, а дети с нарушениями здоровья чаще ориентированы на деструктивно-эмоциональную экспрессию. В ходе исследования также были выявлены психологические защиты и копинг-стратегии, которые вносят вклад в состояние психологического здоровья. Корреляционный анализ данных выявил высокий уровень корреляции между степенью выраженности переживаемых проблем и общим индексом напряженности психологических защит (p=0,01). Так, напряженность механизмов защиты и выбор копинг-стратегий выступает признаком общей дезадаптации личности и риска возникновения нервно-психических расстройств.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ (проект № 16-36-00038)

Опыт психотерапевтических занятий с комбинацией элементов арттерапии и релаксационно-суггестивных методик

Левина С.Д.*, Серебрякова Т.Л.**

**ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*
***ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», г. Москва*

Положительное влияние арттерапии на больных общеизвестно. Позитивно также влияют на самочувствие состояния релаксации, связанные с некоторым снижением уровня сознания. В нашей практике мы совместили арттерапевтические приемы с релаксационно-суггестивными. Занятия проводились в пятом отделении ПКБ №1 (зав. отд. Е.А. Храмченкова) в 01–02.2016 года. В силу особенностей работы отделения группа носила открытый характер. В занятиях участвовали больные с различными сроками госпитализации и разной давностью заболевания. Критерием включения в группу являлся невротический уровень расстройств, критерием исключения – наличие любых проявлений психоза. За время существования группы помощь получили 26 человек, на каждом из конкретных занятий присутствовало от 4 до 9 пациентов. Нозологический состав распределился следующим образом: псевдоневротическая шизофрения – 42,3 %; ремиссия приступообразной шизофрении с неврозоподобными расстройствами – 23,1 %; псевдопсихопатическсая шизофрения – 11,5 %; биполярное расстройство – 7,7 %; реактивная депрессия – 7,7 %; органические заболевания головного мозга различной этиологии – 7, 7 %.

Занятия проводились двумя ко-терапевтами – психологом и врачом психотерапевтом. В день, предшествующий комбинированному мероприятию, организовывалось арт-терапевтическое занятие, тема которого отражала предположительную метафору будущей суггестии. Так, например, пациентам предлагалось нарисовать на выбор реку, ручей, фонтан, море, океан. В конце занятия обсуждалось, какие чувства вызывало у больных рисование воды, затем беседа естественным образом перетекала в обсуждение того, как изменилось самочувствие пациентов. На следующий день, во время комбинированного занятия, больным предлагалось очень быстро, схематично нарисовать воду.

Далее, в релаксационной стадии занятия, метафоры отталкивались от образа воды. В суггестии учитывалась симптоматика больных. Так, для тревожных больных говорилось, что их тревога затихает, как круги на гладкой воде, река течет плавно и медлительно, и так же текут чувства участников группы. Обязательно подчеркивалось, что, как в реку вливаются притоки и ручьи, так и в душевное состояние больных вливаются неосознаваемые силы природы, для чего и нужно состояние расслабленности. Пациентам с неприятными ощущениями в теле сообщалось, что они погружены в целебную воду-бальзам, которая избавит их от страданий. В конце занятия больные описывали свои ощущения и нередко вносили коррективы в рисунок, сделанный в начале. Использовались и более сложные образы и метафоры, применялись также вербальные техники. Практически все больные отмечали уменьшение тревоги и общее улучшение состояния, относились к занятиям с большим энтузиазмом.

Инновационные направления в подготовке специалистов, работающих в сфере психического здоровья

Любченко М.Ю.

Карагандинский Государственный Медицинский Университет, г. Караганда, Казахстан

Подготовка профессиональных врачей психиатров, наркологов и психотерапевтов на современном этапе не может быть осуществлена в узких рамках биологической медицины. Возможность распознать многофакторность причин, которые могут оказывать влияние на возникновение болезненных расстройств, представлены в системном стиле мышления клинициста. Преимуществом общей теории систем (Bertalanffy, 1950) является широкая и детально разработанная теоретическая база, позволяющая соотнести друг с другом разные теории и сформировать целостную картину феноменов разного уровня сложности. Системное мышление специалиста позволяет видеть и оценивать лечебно-диагностическую проблему в биологическом,

психологическом, социальном и экзистенциальном аспектах. Системное мышление предполагает творческий подход к каждому пациенту, исключает шаблонные подходы к диагностике, помогает осмыслить уникальность каждого человека. Одной из важнейших особенностей системного мышления является умение анализировать факты, формулировать системные гипотезы, не ограничиваться феноменологическим описанием явления, а выделять сущностные его характеристики, связи между его компонентами, его причины. Возможность специалиста распознать симптоматическое поведение, определить значение симптома, как коммуникативного послания или части циркулярной последовательности открывает новые возможности эффективной терапии. С 2012 года в программы постдипломного профессионального обучения врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов включены мастер-классы и обучающие семинары по тематике интегративного семейного системного подхода. Приоритетными задачами обучения являются овладение слушателями основными понятиями интегративной модели системной семейной психотерапевтической диагностики и терапии, а так же навыками восприятия внутрисемейных взаимодействий и базовыми навыками ведения терапевтического интервью со всей семьей в целом; формирование системного мышления с возможностями распознавать коммуникативное и метафорическое значение симптома. Используемые формы обучения включают теоретическую подготовку в режиме лекций и дискуссий, с включением активных методов обучения. Отработка практических навыков проводится через моделирование терапевтических навыков. Работа может проходить как в виде имитационных сессий, так и сессий с реальными клиентами. В преподавании используются активные методы обучения: мозговой штурм, работа в малых группах, тренинги, работа с симулятивными семьями. Одним из важных направлений в обучении системному семейному подходу является изучение личной истории, которое осуществляется через самостоятельную работу обучающихся по построению и анализу собственных генограмм.

В заключение следует отметить, что интегративный системный подход открывает новые возможности для специалистов, работающих в сфере психического здоровья в решении задач, поставленных клинической реальностью.

Особенности коморбидных связей патологических хобби с другими расстройствами шизофренического круга

Малиночка С.А.*, Дейч Р.В.**

**ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

***ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, г. Москва*

С целью изучения патологических увлечений у пациентов с расстройствами шизофренического спектра проведено два независимых исследования: 43 больных от 4 до 16 лет (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е Сухаревой» ДЗМ г. Москвы) и 31 пациент от 18 до 65 лет (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» г. Москвы). Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический, анамнестический, экспериментально-психологический и клинико-статистический. В результате было отмечено, что в большинстве случаев аномальные интересы с наступлением шизофренического обострения ослабевали, поглощались синдромами более глубокого регистра, возобновляясь только в период ремиссии. Однако в четверти наблюдений они, наоборот, синхронно активировались или оставались неизменными. Коморбидные соотношения оценивались по частоте встречаемости, силе, характеру связи. Было выделено 4 варианта коморбидных связей: 1. Связь отсутствовала (коэффициент корреляции $r=0$). 2 Патологические увлечения и расстройства шизофренического круга, параллельно сосуществуя, способствовали взаимному количественному усилению (слабая степень связи, $r\leq0,25$). 3. Болезненные хобби временно включались в структуру других патологических образований, отражая содержание друг друга (средняя степень связи, $0,25<r<0,75$). 4. Аномальные интересы становились основой для формирования другого психопатологического синдрома, полностью входили в его структуру, определяя тематику и направленность (сильная степень связи, $r\geq0,75$). В обеих группах пациентов редко встречаемые и слабые корреляционные связи отмечались с расстройствами влечений (садистические и психосексуальные наклонности, дромо- пиро- и дипсомании, расстройство пищевого поведения и аутоагрессивные действия), депрессивной и неврозоподобной

симптоматикой. Одновременно максимально выраженной и типичной была связь болезненных увлечений с негативными, поведенческими расстройствами, психическим инфантилизмом. Кроме этого, для взрослого контингента было характерно поверхностное, слабое взаимодействие с маниакальными состояниями, и несколько реже – средней силы связь с сверхценными образованиями другого содержания (бредоподобное образное фантазирование, идеи обогащения, оздоровления, изобретательства, ущерба). Особого интереса в связи со сложностью в интерпретации заслуживают редкие, но выраженные корреляционные связи с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой: «голоса давали советы по написанию научного труда», «родственники рассыпали порошок, вытравливающий из больного творческое начало». В таких случаях, по мере редукции психотической симптоматики патологическое увлечение постепенно возобновлялось в прежнем, неизменном виде. Таким образом, аномальные хобби сложны для диагностирования и зачастую не привлекают к себе внимания специалистов, несмотря на их тесные корреляционные связи с другими расстройствами шизофренического круга, требующими госпитализации и активного лечения.

Нарушения сознания в остром периоде инсульта

Маркова И.П.

ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», г. Самара

Острый период инсульта характеризуется быстрым развитием неврологических и психических расстройств. В ряде случаев психические расстройства выходят на первое место и определяют тяжесть течения заболевания. Делирий является наиболее распространенным психическим расстройством после инсульта. По данным разных авторов частота делирия колеблется от 2,3 до 66 %. Развитие делирия в остром периоде инсульта ухудшает прогноз, повышает риск летального исхода, развития деменции, приводит к увеличению длительности пребывания в стационаре.

Целью исследования явилось изучение нарушений сознания в остром периоде инсульта с целью выстраивания тактики ведения и программы реабилитации больных.

Материал и методы. Исследовано 73 больных с нарушениями сознания (средний возраст – 65 лет, мужчин – 49, женщин – 24), проходивших лечение по поводу острого инсульта в региональном сосудистом центре на базе Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина. Анализировали неврологический и психический статус, анамнестические сведения.

Результаты. Нарушения сознания наблюдалась у 56 пациентов с ишемическим инсультом, 14 пациентов с геморрагическим инсультом и у 3 с субарахноидальным кровоизлиянием. У 40 пациентов (57,1 %) выявлялась правополушарная локализация очага поражения, у 25 пациентов (35,7 %) – левополушарная, у 5 пациентов (7,2 %) – стволовая. Наиболее частой формой нарушения сознания у больных было делириозное состояние (в 63 случаях), онейроидное состояние встретилось в 6 случаях и в 4 случаях – аментивное состояние. В большинстве случаев нарушения сознания развивались в 1–3-и сутки от начала инсульта. Длительность нарушений сознания чаще ограничивалась несколькими днями, отмечалось обострение симптоматики в вечерне-ночное время. Онейроидный синдром диагностирован у больных с тяжелыми формами инсульта. Развитие аментивного синдрома было прогностически неблагоприятным. Факторами риска нарушений сознания являлись соматические заболевания, острая респираторно-вирусная инфекция, интоксикации и черепно-мозговые травмы в анамнезе, пожилой возраст, психическая травма. К моменту выписки у больных, перенесших нарушения сознания, сохранялись астенические симптомы, нарушение ориентировки, бредовая симптоматика, обостряющаяся в вечерне-ночные часы.

Заключение. В остром периоде инсульта преобладало нарушение сознания в форме делирия. Нормализация общеклинических показателей у больных, имевших нарушения сознания в остром периоде инсульта, в большинстве случаев не сопровождается редукцией психопатологических нарушений. Больные нуждаются в преемственности, формулировке рекомендаций по наблюдению и в продолжении лечения у участкового психиатра по месту жительства.

Дисморфия в структуре психических расстройств пациентов пластического хирурга

Медведев В.Э.

ФГАОУ ВО РУДН, г. Москва

Цель исследования – 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 – клинико-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±4,9 лет) и 54 мужчины (средний возраст 30,9±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, шизофрении, аффективных (БАР, РДР 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).

Актуальность использования коучингового подхода в медико-реабилитационной работе психиатрических учреждений

Миникаев В.Б.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

В настоящее время активно разрабатываются различные психосоциальные реабилитационные программы. Одним из наиболее перспективных инновационных методов, способствующих формированию мотивационного фактора в медико-реабилитационной работе психиатрических учреждений является коучинг. Коучинг – это комплексный подход, направленный на улучшение характеристик пациента/клиента, усовершенствование его профессиональных и личностных навыков посредством гибкого использования специальных вопросных методик.

Коучинг широко применяется в работе с персоналом в бизнес-сфере, все крупные компании имеют свои консалтинговые подразделения,

в структуру которых входят специалисты коучи. Несмотря на то, что в коучинге используется ряд адаптированных психотерапевтических методик, именно в практике с больными психиатрического профиля, подобного рода работа не проводится. А ведь у душевно больных, тоже возникают запросы, касающиеся не только лечебного, но и социально-реабилитационного характера, направленные на решение личностно- и общественно-ориентированных потребностей.

В настоящее время коучинг становится предметом для междисциплинарной интеграции наук. Это подчеркивает его особое значение для использования как инструмента, позволяющего обеспечить пациенту/клиенту индивидуальный антистигмациозный подход, так как представляет собой партнерство равных, проявляющее ценности и способности клиента, его систему ценностного видения, направленного в будущее. В процессе коуч-сессии, коуч создает коучинговое присутствие – это пространство без советов, без рекомендаций коуча и состоит из индивидуальной картины мира клиента.

Применяемые в России западные модели коучинга недостаточно хорошо приспособлены к российской действительности и нуждаются в модернизации. Во время индивидуальных коуч-сессий целесообразно применение специальных вопросных техник, методов активного слушания и эффективной обратной связи. Адаптирование методологии коучинга к патопсихологическим и социально-психологическим особенностям душевнобольных, является практически значимым этапом улучшения их качества жизни, мотивации к социальной и трудовой деятельности, профилактики обострений и повторных госпитализаций. В связи с чем, подключение психиатров, психологов, психотерапевтов, социологов к обучению, принятию и внедрению коучингового подхода, является объективной необходимостью.

В качестве одного из ключевых требований к современным программам медико-реабилитационной работы с душевнобольными выдвигается их адаптивность к постоянно изменяемым социальным условиям. Именно поэтому интеграция инновационных научных разработок, таких как коучинг, в реальную реабилитационную деятельность психиатрических учреждений становится наиболее актуальной для повышения качества психопрофилактических мероприятий.

Опыт оказания медико-психологической помощи родственникам погибших в авиакатастрофах

Михалевская О.В.*, Бедина И.А.**

**ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*
***ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва*

Количество погибших российских граждан в крупных авиакатастрофах за последние годы несколько увеличилось. Основными причинами являлись: террористический акт, совершенный на борту воздушного судна, «человеческий фактор», сложные погодные условия, отказ техники и т.п.

В первые часы после известия об авиакатастрофе 31.10.2015 силами федеральных и региональных (г. Санкт-Петербург) медицинских учреждений была организована Airbus A-321 авиакомпании «Когалымавиа» (маршрут: аэропорт г. Шарм-эль-Шейх – аэропорт г. Санкт-Петербург). Погибли все находившиеся на борту 224 человека. Кроме того, организовывались мероприятия по ликвидации последствий у родственников погибших в крушении самолета Боинг 737–800 (маршрут: аэр. Дубай – аэр. Ростов-на-Дону), 19 марта 2016 года на территории аэропорта г. Ростов-на-Дону. Погибли все 62 человека.

Лечебно-диагностическая помощь была оказана 248 пострадавшим (родственники, друзья, коллеги) на этапах следственных мероприятий, оформления документации, опознания фрагментов и тел погибших, забора биологического материала для идентификации останков, выдачи тел погибших.

При оценке психического состояния были выявлены психогенно обусловленные депрессивныео, тревожно-депрессивные расстройства; астено-вегетативные, диссомнические и фобические нарушения различной степени выраженности. Отмечались единичные кратковременные острые стрессовые реакции, сопровождающиеся диссоциативной симптоматикой (синкопальноподобные, судорожные), острые транзиторные псевдодементные расстройства. Следует отметить, что реакция горя провоцировала ухудшение общесоматического состояния родственников.

Психотерапевтическая помощь включала установление чуткого, доброжелательного контакта; сочувственную поддержку; мобилизацию внутренних ресурсов; проработку и отреагирование эмоций; дыхательные упражнения. Фармакотерапия проводилась с учетом особенностей выявленных расстройств.

Специалистами бригады оказывалась методическая помощь в организация работы на местном уровне.

Анализ проведенной работы показал, что основными особенностями данных ЧС, обусловившими развитие у 90 % пострадавших непсихотических расстройств, явились: внезапность и масштабность катастрофы; единовременная утрата нескольких членов семьи, возвращавшихся с отдыха; возраст родителей погибших (преимущественно средний, но уже нефертильный), необходимость срочного решения социально-экономических вопросов. Кроме того, мощное стрессорное воздействие оказывало «мучительное», неопределённо долгое ожидание процедуры опознания, необходимость ее повторного проведения; длительное ожидание результатов идентификации.

Таким образом, расстройства адаптации, возникшие в результате авиакатастроф, выявленные у подавляющего большинства родственников, отличались значительной интенсивностью, полиморфностью, что диктовало необходимость оказания им квалифицированной медико-психологической помощи.

Влияние полиморфизма генов DRD2 и HTR2A на развитие антипсихотик-индуцированных метаболических нарушений: предварительные результаты проспективного исследования у пациентов, проживающих на территории Российской Федерации

Насырова Р.Ф., Иващенко Д.В., Сосин Д.Н.

ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург

Актуальность. Основными препаратами для терапии психических расстройств шизофренического спектра являются антипсихотики, требующие длительного применения. Данные препараты эффективны

в отношении позитивных и негативных симптомов шизофрении, но вместе с тем имеют широкий спектр побочных эффектов. Антипсихотик-индуцированные метаболические нарушения существенно снижают качество жизни пациентов и их приверженность к терапии. В настоящее время фармакогенетические исследования используются для оптимизации подбора психофармакотерапии. К сожалению, в нашей стране проводится не так много проспективных многоцентровых исследований, которые несомненно являются методологически более сложными, но вместе с тем дают возможность получить валидные фармакогенетические маркеры.

Материалы и методы. В наше исследование включаются пациенты с верифицированным психическим расстройством из рубрики F2 по МКБ-10, которые находятся на монотерапии антипсихотиками (первой и второй генераций). Перед включением в исследование все пациенты подписывают информированное согласие. Генотипирование проводилось с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени (ПЦР real-time). Все пациенты были генотипированы по двум полиморфизмам: DRD2 (rs1800497) и HTR2A (rs6313). За период наблюдение проводилось 2 Визита: Визит 1 на момент включения пациента в исследование и Визит 2 через 8–10 недель монотерапии антипсихотиком. На каждом Визите оценивались метаболические изменения (индекс массы тела, вес, объем талии и бедра), а также проводилась психометрическая оценка с помощью шкал (PANSS, CGI-S, CGI-I). Средняя продолжительность наблюдения составила 9,3±3,24 недель. Статистическая обработка проводилась с помощью статистического пакета программы SPSS Statistics 20.0.

Результаты. Аллельное распределение не отличалось по закону Харди- Вайнберга. Так для полиморфное варианта rs1800497 гена DRD2: CC – 65.9 %, CT – 29.5 %, TT – 4.5 %. Для rs6313 гена HTR2A: CC – 33.3 %, CT – 51.1 %, TT – 15.6 %. 30 % пациентов получали типичные антипсихотики. Не было найдено значимых различий между изменением индекса массы тела, веса, объема талии и бедра между Визитами 1 и 2 ($p<0,05$). Была найдена незначительное уменьшение объема талии (-14.25 %, $p=0.063$) и бедра (-13.11 %, $p=0.086$) у носителей гомозиготного аллеля TT полиморфизма (rs6313) гена HTR2A.

Выводы. В последние десятилетие все больше внимание уделяется персонализации терапии, как понимание необходимости индивидуального подхода к каждому пациенту. Наше исследование позволит определить биомаркеры, отвечающий за антипсихотик-индуцированный набор веса. В настоящее время мы набираем пациентов из различных регионов России (Северо-Западный, Поволжский, Западно-Сибирский). Строгий дизайн дает возможность получить важные и применимые к клинической практики результаты.

Исследование выполнено за счет гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – докторов наук (МД-7471.2016.7).

Оценка риска манифестации эндогенных приступообразных психозов у больных юношеского возраста с непсихотическими формами психических расстройств

Омельченко М.А., Румянцев А.О., Каледа В.Г.

ФГБНУ НЦПЗ РАН, г. Москва

Введение. Одной из актуальных задач современной психиатрии остается первичная профилактика заболеваний шизофренического спектра не только для установления и попытки минимизации факторов этиологического риска, но и разработки системы мер предупреждения развития эндогенного процесса.

Цель. Разработка технологии оценки риска манифестации эндогенных приступообразных психозов (ЭЭП) у больных юношеского возраста с неманифестными формами психических расстройств для выявления группы высокого и ультравысокого риска.

Результаты и обсуждение. Предложенная методика подходит как для врачей психиатрических стационаров, так и для психиатров амбулаторного звена, проводящих первичное обследование больных. Доступность психометрических шкал и клинико-психопатологического анализа позволяет без существенного увеличения времени приема первичного пациента провести полноценное скрининговое

обследование, имеющее определяющее клиническое значение для выбора терапевтической тактики. Исключением является лишь доступность молекулярно-генетического метода, применяемого для выявления патогномоничных для ЭПП генотипов. Однако этот метод может быть успешно заменен стандартной практикой получения сведений о наследственной отягощенности. Обследованию, которое носит характер скрининга, подлежат больные юношеского возраста (16–25 лет), с непсихотическими формами психических расстройств, которые первично обращаются за специализированной психиатрической медицинской помощью. Настоящая технология направлена на выявление таких признаков риска как субпсихотические расстройства (повторяющиеся ослабленные); транзиторные психотические симптомы (короткие интермиттирующие); значительное ухудшение преморбидного функционирования; наследственная отягощенность, т.е. родственники первой степени с психотическим заболеванием или шизотипическим расстройством. Инструментами служат психометрические шкалы оценки продромальных симптомов SOPS, оценки преморбида PAS, а также шкала Гамильтона для выявления депрессии во избежание получения ложноположительных результатов, а также молекулярно-генетический метод для выявления патогномоничных для шизофрении генотипов. Степень выраженности и сочетание указанных аномалий позволяет исследователю отнести больного к группе высокого, ультравысокого риска или опровергнуть его. Предложенная методика позволяет провести дифференциальную диагностику с достаточной точностью, что способствует не только раннему выявлению эндогенных приступообразных психозов, но и обосновывает назначение превентивной нейролептической терапии. Такая тактика ведения больных может позволить не только отсрочить наступление манифестации заболевания, но и снизить уровень его прогредиентности.

Выводы. Предложенная пошаговая инструкция дает возможность последовательно выявить признаки, имеющие прогностическое значение в отношении развития эндогенных психозов и по степени их выраженности и сочетании с другими предикторными маркерами определить уровень риска эндогенного приступообразного психоза.

Жозеф Гислен и современная психиатрия

Осколкова С.Н.

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

Бельгийский профессор медицины Жозеф Гислен (1797–1860) был первым врачом в семье. В 1841 г. он принимал активное участие в комиссии по реформе бельгийских больниц. В 1850 г. по его инициативе выходит законодательный акт о положении психически больных, аналогичный французскому.

Замечательный чертежник и любитель архитектуры, он в молодости на конкурсе проектов больниц для душевнобольных был удостоен золотой медали. В 1852 г. больница (1-ая в стране) была построена в Генте, заняв 9 га, впоследствии ей было присвоено имя Гислена. Он считал, что она должна находиться в тихом месте, наделяя чувством безопасности и свободы. Решетки на окнах считал неуместными. В каждом отделении были разные помещения: для лечения, для жизни и обслуживания, ремесленные мастерские, места изоляции, спортивные помещения и классы начальной школы. Таким образом, Ж. Гислен более 150 лет назад понимал значение психо- и трудотерапии. Лечебные возможности, естественно, были скромными, но он придавал психотерапевтический смысл покою, тишине и прогулкам в уникальных садах. Гислен одним из первых впервые требовал внимательного подбора персонала, сочувствующего больным.

В 1852 году издаются его лекции «Lemonsmorales». Имя Ж. Гислена – бельгийского Пинеля, а по общественной деятельности бельгийского Эскироля – становится широко известным в Западной Европе. В лекциях он представил примеры больных для иллюстрации трех стадий психического расстройства-меланхолии, экстатического состояния и идиотии, или слабоумия. Эти стадии составляли его нозологическую систему.

Мировую славу ему принес рано написанный трактат о френопатиях (1835 г.), в котором он доказывает, что один из основных признаков любого психического заболевания – крайнее обострение общей чувствительности. Идея спорная, но давшая повод Гислену для описания страданий, испытываемых психически больными, что было в то время, как и теперь, нелишним. В 19 в. был распространен предрассудок,

иногда встречаемый и сегодня, что они не чувствительны к боли, холоду и др. Указанный выше трактат подвел его и к другим оригинальным воззрениям. Гислен одним из первых пытался постичь интимные механизмы формирования психопатологических симптомов.

Классификация психических расстройств по Ж. Гислену:

А. Проявления раздражения (душевная боль, френальгия). В. Реакции на раздражение: 1. Меланхолия, монопатия – элементарные поражения общей чувствительности). 2. Повышение активности психической деятельности; 3. Парафрения (фолие) – помешательство –искажение/аберрация психической деятельности; 4. Гиперплексия – ступорозная меланхолия; 4. Гиперспазмия – судороги (эпилепсия, хорея); 5. Идиосинхизия (бред) – иллюзии, галлюцинации, ложные идеи, аберрация представлений; 6. Анакулутия (фантазирование) – недостаток связи между представлениями, спутанность. С. Проявления ослабления психической деятельности. 7. Ноастения (слабоумие) – психическая слабость различной степени как заключительная фаза психоза. Эта мысль впоследствии в немецкой психиатрии стала основой якобы непреложного закона о вторичном слабоумии. В 1852 г. Гислен, исходя из феноменологии, разделил слабоумие на 5 групп на основании преобладающих симптомов, или феноменов. К. Ясперс использовал феноменологию для погружения во внутренний мир психически больного. Клинику Ж. Гислена посещал В.П. Сербский. В Генте установлен памятник Ж. Гислену.

Формирование синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинского вуза и возможности его предупреждения

Панкова О.Ф., Гусманова З.К., Иоаннисянц О.М.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность данной проблемы определяется чрезвычайно высокой распространенностью синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у врачей и медицинских работников, включая молодых специалистов

и будущих врачей, и отсутствием адекватной психологической помощи в связи с трудностями профессионального становления на начальных этапах адаптации к профессии.

Цель и задачи исследования. Изучение возможного формирования СЭВ и его предикторов уже на этапе получения профессии врача, внешних (социальных и ситуационных) факторов и личностных особенностей, способствующих эмоциональному выгоранию и профессиональной деформации и последующая разработка методов профилактики и психокоррекции.

Материалы и методы исследования. Для выявления признаков СЭВ была использована тестовая методика В.В. Бойко, специально модифицированная для студентов. Индивидуально-типологические характеристики и адаптационный личностный ресурс изучались с помощью методики FPI. Для определения типа акцентуации характера применялась методика Леонгарда-Шмишека. Диагностика показателей и форм агрессии проводилась при помощи методики А. Басса и А. Дарки. Для оценки копингов использовалась методика С. Хобфолла (SACS). Было обследовано 300 студентов 5 курса дневного (155 человек) и вечернего (145 человек) отделений педиатрического факультета.

Результаты и их обсуждение. Признаки СЭВ чаще всего выражались: неадекватной эмоциональной реакцией при работе с пациентами, дезориентацией в выборе эмоционально значимых приоритетов, утратой способности к сопереживанию пациентам, отсутствием эмоциональной вовлеченности в лечебный процесс, редукцией профессиональных обязанностей, нарастающей эмоциональной отстраненностью, ощущением утраты собственной эффективности. Также имели место психосоматические и психовегетативные нарушения. Наиболее существенное влияние на формирование СЭВ оказывают такие личностные особенности, как высокий уровень эмоциональной лабильности, склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, преимущественно защитно-агрессивные формы реагирования в стрессовых ситуациях. У 100 % респондентов выявлены признаки невротизации, состояние реактивной (ситуативной) тревожности, предрасположенность к стрессовому реагированию на объективно безопасные ситуации, что в дальнейшем может привести к расстройствам адаптации.

Выводы.

1. Выявлены отдельные признаки формирования эмоционального выгорания у более половины обследованных студентов, что свидетельствует о значительных трудностях их адаптации к будущей профессии.

2. Необходимо проведение комплексных психокоррекционных мероприятий, направленных на профилактику СЭВ, которые могут включать интеграцию психологической помощи и преподавание психологических дисциплин, создание в медицинских вузах центров психологической помощи и профессиональной ориентации.

Распространенность и структура пограничных психических расстройств у студентов медицинского университета в условиях реформ здравоохранения и профессионального образования

Панкова О.Ф., Денисов А.А., Качарава Т.О.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. В литературе имеются противоречивые сведения о распространенности и структуре пограничных психических расстройств у студентов-медиков. В ситуации реформирования здравоохранения и профессионального образования вопросы психического здоровья будущих врачей приобретают особое значение.

Целью работы явилось изучение возможного влияния трудностей, связанных с проходящими реформами, на стояние психического здоровья студентов-выпускников медицинского вуза.

Материалы и методы. Материалом для настоящего исследования послужили данные скринингового исследования и анализа показателей невротизации и психопатизации студентов и оценки их самочувствия с помощью психологических тестов. Были использованы опросник Бехтеревского института УНП, предназначенный для определения уровня невротизации и психопатизации и опросник САН для самостоятельной

оценки самочувствия, активности, настроения. Обследовано 189 студентов, из них 84 студента дневного отделения (43 % муж., 57 % жен.) и 105 студентов вечернего отделения (31 % муж., 68 % жен.). Средний возраст на дневном отделении 22,8±0,1, на вечернем – 26±0,4 лет.

Полученные результаты и их обсуждение. Низкий уровень невротизации выявлен у 94 % мужчин и 96 % женщин дневного отделения. Высокие показатели не отмечены ни в одном случае. У студентов вечернего отделения высокая невротизация выявлена у 18,2 % мужчин и 13,9 % женщин, низкие показатели у 69,7 % мужчин и 65,2 % женщин. Также более высокие показатели были у студентов-вечерников по шкале психопатизации: высокий уровень у 15,2 % мужчин и 30,6 % женщин. У студентов дневного отделения высокий уровень был выявлен лишь у 6 % мужчин и 10 % женщин. Несмотря на общие невысокие показатели невротизации, анализ отдельных составляющих выявил повышение уровня тревожности как у студентов вечернего, так и дневного отделений: у 57,6 % мужчин и 87,5 % женщин (вечерний факультет) и у 58 % мужчин и 75 % женщин (дневной факультет). Около трети мужчин и две трети женщин обоих отделений испытывают страх перед возникающими трудностями, опасаясь не справиться с ними. При этом данные самооценки состояния, полученные по методике САН, выявили сниженные показатели по шкалам «самочувствие», «активность», «настроение» примерно у двадцати процентов мужчин и женщин дневного отделения. У студентов вечернего отделения показатели по этим шкалам были в два раза ниже.

Выводы.

1.У студентов-выпускников медицинского университета не выявлено существенных проявлений невротических и психопатических расстройств, несмотря на имеющиеся сложности с профессиональным образованием и будущей врачебной карьерой.

2. Осознание имеющихся проблем приводит к возникновению тревоги и опасений перед возникающими трудностями, страху не справиться с ними.

3. Для предупреждения пограничных психических расстройств у будущих врачей необходимо обучение студентов с учетом их психологических особенностей и создание психологической службы помощи обучающимся в вузе.

Использование интерактивных методов в преподавании психиатрии

Панкова О.Ф., Шаговенко Е.Н., Денисов А.А., Карачава Т.О.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Проводимые реформы образования, в том числе высшего медицинского, требуют совершенствования традиционных и разработки новых подходов в обучении студентов. Одной из наиболее признанных педагогических технологий, основанных на активном взаимодействии субъектов педагогического процесса, является интерактивное обучение. Цель и задачи исследования. Разработать новые технологии преподавания студентам наиболее актуальных тем психиатрии и медицинской психологии. В качестве одной из таких тем являются пограничные психические расстройства, к которым относятся невротические, связанные со стрессом, соматоформные расстройства и расстройства личности и поведения.

Материалы и методы исследования. На практических занятиях по предмету медицинская психология и психиатрия на кафедре психиатрии Российского национального исследовательского университета имени Н.И. Пирогова по соответствующей теме студентам V курса лечебного факультета были предложены тесты, позволяющие оценить некоторые показатели невротизации и психопатизации и оценить собственное самочувствие. Были использованы опросник Бехтеревского института УНП, предназначенный для определения уровня невротизации и психопатизации, и опросник САН для оценки самочувствия, активности, настроения. Обследовано 189 студентов, из них 84 студента дневного отделения (43 % муж., 57 % жен.) и 105 студентов вечернего отделения (31 % муж., 68 % муж.). Возраст обследуемых составил от 20 до 42 лет.

Полученные результаты и их обсуждение. Непосредственное обследование, обработка полученных результатов и сообщение их в приватной форме студентам проводилось ординаторами кафедры, а затем проходило общее обсуждение на семинаре. При необходимости, студенты могли обратиться к преподавателю с просьбой о личной консультации.

Проведенное исследование в целом вызвало живой интерес обучающихся, особенно студентов дневного отделения и продемонстрировало успешность освоения темы. Студенты вечернего отделения, несмотря на предварительное информирование о целях эксперимента, анонимности результатов, отнеслись к выполнению тестов настороженно. Некоторые из них открыто отказались от заполнения тестов, другие уклонились под различными предлогами, а 19 студентов неправильно заполнили опросники. В беседе со студентами удалось выявить страх стигматизации: 54 % боятся, что обращение за психологической помощью может плохо сказаться на их дальнейшей карьере, а 66 % видят в обнаружении у них проявлений пограничных психических расстройств свидетельство собственной неполноценности.

Выводы.

1. Использование интерактивных методов обучения в изучении отдельных тем психиатрии и медицинской психологии, в частности пограничных расстройств, позволяет студентам лучше понять характер и механизмы данных расстройств с позиции самопознания.

2. Требуется более тщательная подготовка к использованию подобных методов, позволяющая избежать опасений стигматизации.

Современные подходы к психиатрическому образованию и дальнейшему трудоустройству выпускников медицинских вузов

Панкова О.Ф.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Развитие последипломного медицинского образования последних лет происходит в условиях модернизации здравоохранения, введения федеральных государственных образовательных стандартов ВПО третьего поколения и федеральных государственных требований к формированию государственных образовательных программ ДПО, развития номенклатуры специальностей медицинских, фармацевтических работников, изменения квалификационных требований к персоналу лечебно-профилактических учреждений, введения нового

порядка допуска врачебных кадров к осуществлению ими профессиональной деятельности.

В качестве действенного средства повышения квалификации специалистов в нашей стране, как и в большинстве стран Европы и Америки, рассматривается унификация и стандартизация профессиональной последипломной подготовки психиатров. Это касается, прежде всего, теоретической подготовки, которая включает учебные курсы по общей медицине и неврологии. В качестве обязательных входят также продолжительные курсы детской психиатрии, геронтопсихиатрии, наркологии и неотложной психиатрии. Структура и содержание отечественных программ приближаются к западным программам специального образования, за исключением сроков обучения (в три с лишним раза короче), что в результате исключает возможность реализовать эти программы на практике в наших условиях.

Несмотря на сложную ситуацию вокруг послевузовского и непрерывного профессионального образования, кафедра психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова за последние годы достигла значительных успехов в подготовке врачей-психиатров, которые успешно трудятся как в учреждениях, являющихся клиническими базами кафедры (с 2015 г. университетскими клиниками), так и в других учреждениях Москвы, регионов России и ближайшего зарубежья. Из 110 выпускников кафедры (30 ординаторов и 70 интернов) последних пяти лет 11 трудятся в ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева и 19 в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗ г. Москвы, являющихся клиническими базами кафедры более тридцати лет.

Компетентносная модель врача, заложенная в основу современного медицинского образования, невозможна без полноценной практической подготовки обучающегося. Гармоничное взаимовыгодное сотрудничество кафедр с клиникой дает возможность обучающимся на кафедрах студентам, а затем интернам и ординаторам приобрести необходимый практический опыт. Проходя практику под общим руководством ответственных за послевузовскую профессиональную подготовку на кафедре и непосредственным руководством заведующих различными подразделениями (отделениями, диспансерно-поликлиническим отделением и др.), интерны и ординаторы изучают организационные

основы психиатрической помощи, совместно ведут больных, назначают терапию и представляют пациентов на различных комиссиях (КЭК, МППК, МСЭ и др.), знакомятся с требованиями ведения медицинской документации. Отбор молодых кадров врачей для работы в ЛПУ после завершения обучения и получения сертификата специалиста проводится руководством клиник с учетом представленных характеристик, как с кафедры, так и от заведующих отделениями, курирующих обучающихся в интернатуре и ординатуре. В результате такого подхода к формированию кадрового врачебного состава молодым специалистам, приступающим к лечебной деятельности в клинике, не требуется адаптационный период ознакомления с организационными и методическими требованиями к работе врача-психиатра в клинике или на амбулаторном приеме.

Нам представляется, что переход от теоретической подготовки к самостоятельной клинической практике должен рассматриваться как сложная задача и ключевой шаг в освоении нашей профессии. Дальнейшее непрерывное профессиональное обучение врачей проходит также в тесном сотрудничестве с кафедрами. Большинство пациентов представляются на консультации научным сотрудникам, еженедельно проводятся общебольничные клинические разборы наиболее сложных случаев, где активное участие в обсуждении принимают как опытные, так и молодые врачи. Регулярно читаются лекции по актуальным проблемам психиатрии. Проводятся научно-практические конференции.

Многие молодые врачи активно занимаются научной работой, результаты которой публикуются в отечественных и зарубежных журналах и сборниках, докладываются на конференциях, в том числе зарубежных. Ряд работ планируется после завершения представить к защите в качестве кандидатских диссертаций. Участие в образовательном процессе как опытных, так и молодых сотрудников больниц (шесть сотрудников являются внешними совместителями на кафедре в качестве ассистентов и доцентов) обеспечит комплексный подход к обучению студентов психиатрии, включающий овладение практическим опытом и навыками, необходимыми для работы в первичном звене здравоохранения.

Учитывая, что во всем цивилизованном мире именно университетские клиники аккумулируют в себе все самое передовое в лечении

и подготовке кадров, создание в нашей стране университетских клиник даст возможность выйти на новый уровень подготовки врачебных, научных и педагогических кадров и оказания медпомощи.

Интернет-аддикция и коморбидные ей состояния у детей и подростков

Пережогин Л.О.

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

Зависимость от интернета и мобильных средств доступа к нему занимает промежуточное положение между зависимостями и расстройствами влечений. Это следствие того, что большинство патогенетических факторов, формирующих данный тип зависимости, носят отчетливо социальный, а не биологический характер. В тоже время нетрудно заметить, что по отношению к действию данных факторов особую уязвимость обнаруживают дети и подростки с определенной преморбидной патологической почвой, с личностной деформацией, с нарушениями способности к взаимодействию со сверстниками, парциальной когнитивной дефицитарностью.

Цель исследования: выявить преморбидные психические расстройства и нарушения психического развития у детей и подростков, обнаруживающих зависимость от интернета и мобильных средств доступа к нему.

Материалы и методы: исследование проведено на клинической базе ФМИЦПН им. В.П. Сербского МЗ РФ – в неврологическом отделении КДЦ Морозовской ДГКБ ДЗМ. Основным методом являлся клинико-психопатологический, использовались данные экспериментально-психологического, электрофизиологического методов. В данной работе использованы данные пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью в связи с зависимостью от интернета в 2013–2014 гг. Для констатации интернет-зависимости использовались критерии К. Янг (Young K. S., 1996) и Л.О. Пережогина (Пережогин Л.О., 2001, 2007).

Результаты: обследованы 110 детей (54 девочки, 56 мальчиков) в возрасте 7–16 лет. Все дети были предварительно осмотрены

неврологом, у всех были выявлены минимальные неврологические признаки дисфункции ЦНС, не оказывавшие существенного влияния на поведение и повседневное самочувствие. Психически здоровы были 32 девочки (59,3 %) и 21 мальчик (37,9 %)* (* – различия статистически достоверны), 6 девочек (11,1 %) и 8 мальчиков (14,3 %) обнаруживали расстройства шизофренического спектра (в большинстве случаев диагностированное за 1–2 года до настоящего обращения за помощью), расстройства поведения и формирующиеся расстройства личности были выявлены у 5 девочек (9,3 %) и 11 мальчиков (19,6 %)*, невротические расстройства – у 10 девочек (18,5 %) и 16 мальчиков (28,6 %)*. У 1 девочки выявлена умственная отсталость (F 70.0).

Обсуждение и выводы: наличие преморбидной патологии позволяет дифференцированно оценить характер формирующейся интернет-зависимости у детей и подростков. У детей с расстройствами шизофренического спектра и отчасти – с личностной патологией интернет выполняет преимущественно компенсирующую роль, обеспечивая общение, не доступное со сверстниками, позволяя проявлять творческую (в том числе, патологическую) активность, презентовать свою интеллектуальную продукцию, делиться интимными переживаниями. Для остальных детей сеть обладает преимущественно деструктивным потенциалом: ведет к утрате социальных контактов, резко негативно сказывается на учебе, приводит к углублению личностной деформации.

О значительном преобладании биологической психиатрии в современной биопсихосоциальной парадигме

Полищук Ю.И.

ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России – филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва

Дальнейший прогресс в психиатрии зависит не столько от накопления эмпирических данных сколько от теоретических и методологических установок и подходов к их анализу и обобщению. До сих пор

не находит своей глубокой разработки важнейшая теоретико-методологическая проблема соотношения и взаимодействия биологических, социальных и духовных факторов в возникновении и развитии разных форм психических расстройств. Отдельно существующие ассоциации биологической и социальной психиатрии, медицинской психологии, психотерапии часто не находят общего языка при обсуждении главных проблем психической патологии, её профилактики. Наряду с повышенным вниманием к изучению нейро-биологических основ психических нарушений и значительные средства, выделяемые на это направление, продолжается недооценка психолого-социальных основ психических расстройств, их психогенеза, персоногенеза, социогенеза. В сознании большинства российских психиатров доминирующей остаётся биологическая модель психических расстройств, обуславливающая в теории и практике односторонние проявления биологического редукционизма в диагностике, терапии и профилактике психических расстройств. В утверждённой в 2015 году научной Платформе «Психиатрия и зависимости», реализация которой с участием 15 федеральных государственных бюджетных научных учреждений рассчитана на период до 2025 года, подавляющее большинство поставленных задач ориентированы исключительно на медико-биологическую модель психической и наркологической патологии, на широкие биомедицинские исследования и внедрение их результатов в практику здравоохранения. К ним относятся разработки лечебных препаратов, направленных на коррекцию биохимических, иммунных, молекулярных, генетических изменений при психических заболеваниях, на выявление биомаркёров, выявление молекулярно-биологических основ действия психофармакологических препаратов и вакцин. Ничего не сказано о необходимости изучения психолого-социальных факторов, вызывающих психические нарушения. Таким образом, Платформа, опираясь на одностороннюю биологическую модель психических расстройств, способствует утверждению методологии биологического редукционизма в психиатрии и наркологии. Игнорируется современная синергетическая концепция ментальной медицины и ментальной превентологии, развиваемая академиком П.И. Сидоровым, предусматривающая необходимость глубокого изучения гуманитарных аспектов и основ психических расстройств в соответствии с современной биопсихосоциальной парадигмой.

Значение личности психиатра в терапевтическом и экспертном процессах

Резник И.М.

MaReNa Diagnostic and Consulting Center, Bat-Yam/Tel-Aviv, Israel

Профессия врача предъявляет к его личности требования, связанные с эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, с дефицитом времени, необходимостью принимать решения при ограниченном объеме информации, с высокой частотой и интенсивностью межличностного взаимодействия. Формирование, как и разрушение, личности не происходит само по себе. Развитие личности совершается в течение всей жизни, но ее фундамент закладывается в период молодости. Существует интересная зависимость: чем напряженнее старт в деятельности, чем значительнее энергия, заключенная в молодости, тем успешнее деятельность в последующие периоды жизни. Становление личности врача – это сложный, и подчас противоречивый процесс, подчиненный ряду общих объективных закономерностей и собственных усилий молодого человека на пути профессионального «созревания». Среди коммуникативных копинг-ресурсов, значимых для формирования личностной структуры врача-психиатра, выделяют прежде всего такие качества как способность к проявлениям эмпатии и вовлечённости, чувствительность к отвержению, адекватное взаимодействие которых позволяет личности врача эффективнее осуществлять разрешение проблемных и стрессовых ситуаций. Эффективность деятельности врача во многом обусловлена тем, насколько ясно он представляет свое место в терапевтическом и экспертном процессах. Формирование и контроль личности над средой определяет копинг-процесс и относится к базовым копинг-ресурсам врача.

С точки зрения больного, наиболее значимыми в образе врача являются такие черты, как уверенность поведения и способность к эмпатии. Помимо исполнения своих непосредственных профессиональных обязанностей, врач должен уметь оказывать необходимую эмоциональную поддержку как пациентам, так и коллегам

по работе. Главным в предоставлении психологической помощи другому при этом должно являться повышение способности самостоятельно разрешать свои проблемы, в том числе, за счет активизации внутренних психологических ресурсов. Имеет значение сформированность приемов и методов психической саморегуляции врача, которые помогают в сохранении собственной эмоциональной стабильности, психологической надежности профессионального «имиджа», устойчивого перед лицом угрозы таких разрушительных факторов, как непопулярность, отвержение со стороны коллег, периодические сомнения в правильности выбранного решения, которые в определенной степени обусловлены ограниченными возможностями современной медицины и невозможностью учесть и предусмотреть взаимовоздействие всех факторов – внешних и внутренних, органической и психологической природы.

В целом, успешная врачебная деятельность определяется такими психологическими особенностями, как высокий уровень коммуникативной компетентности, реализуемой в отношении пациентов, их родственников, а также сотрудников; важную роль играют независимость и автономность врача, его уверенность в собственных силах и устойчивость в ситуациях непопулярности и отвержения, в сочетании с гибкостью и пластичностью поведения в изменяющихся нестандартных профессиональных ситуациях, высокая степень устойчивости к стрессу, к информационным и эмоциональным перегрузкам, наличие развитых механизмов адаптации и компенсации с высокой значимостью экзистенциально-гуманистических ценностей, формирующих дальнюю жизненную перспективу.

Таким образом, с уверенностью можно заключить, что чем выше личностный уровень (т.е. сочетание интеллектуальных, эмоциональных характеристик и психологической гибкости) психиатра, тем успешней он способен решать сложнейшие задачи в терапевтическом и экспертном процессах.

Современная концепция психосоматических расстройств: вклад О.В. Кербикова

Ромасенко Л.В.

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

Академик О.В. Кербиков – ученик П.Б. Ганнушкина – во второй половине прошлого столетия возродил интерес к исследованию пограничных психических расстройств. О.В. Кербиков был исследователем-материалистом, его представления о психосоматических расстройствах совпадали с концепцией В.А. Гиляровского о соматопсихиатрии при критическом отношении к уязвимым положениям психосоматики, в частности, мультикаузальности и однозначных психоаналитических трактовок психосоматических соотношений.

Научная концепция О.В. Кербикова была реализована в научных исследованиях сотрудников руководимой им кафедры – В.В. Ковалева (1959–1972), М.В. Коркиной (1965), В.В. Королева (1965), И.И. Сергеева (1968), В.П. Белова (1970) и др. У больных во вне психиатрической практике были изучены клинико-динамические закономерности психических расстройств, характер психосоматических соотношений при ряде соматических заболеваний – сердечно-сосудистой патологии, болезнях желудочно-кишечного тракта, туберкулезе; другое направление исследований предполагало изучение психических расстройств, имитирующих соматические заболевания. Их результаты не утратили научного значения и в настоящее время. Были не только сформулированы основные теоретические положения концепции психосоматических расстройств, но и создана реальная предпосылка для становления практической психосоматической медицины – новых организационных форм внебольничной психиатрической помощи. В дальнейшем соматопсихиатрическое направление продуктивно развивалось усилиями сотрудников кафедры психиатрии УДН под руководством М.В. Коркиной, М.А. Цивилько, В.В. Марилова. Эти исследования послужили основой для создания оригинального направления в соматопсихиатрии – клиника и терапия расстройств пищевого поведения, соматогенных психических расстройств.

Обобщая этапы становления психиатрии как самостоятельной клинической дисциплины О.В. Кербиков отмечал несколько важных в этом отношении последовательных обстоятельств: истоки формирования психиатрии в недрах клиники внутренних болезней; ее выделение как самостоятельной дисциплины в начале 19-го века; определенное обособление в течение последующих десятилетий; наконец, обратная тенденция – интеграция психиатрии во все медицинские дисциплины. Соответственно, перспективы развития психиатрии по мнению О.В. Кербикова состоят в сближении психиатрии с общей медициной при ее интегрирующей роли.

Текущий опыт показывает, что основные положения современной психосоматической медицины могут быть определены следующим образом: не вызывает сомнения, что психосоматические расстройства – это проблема клиническая; безальтернативным представляется междисциплинарный подход при оказании медицинской помощи соответствующему контингенту пациентов; роль психиатра в этом процессе не ограничивается консультированием – «выявлением» у пациента психического расстройства, он активный участник текущего лечебно-диагностического процесса.

Случаи гипнотерапии компьютерной зависимости у детей

Руднева И.К.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

По литературным данным зависимость трактуется по-разному. И.И. Сергеев (2009 г.) относит такие новые виды зависимости нехимического вида, приобретающих всё большую распространённость, как «компьютероманию и интернет-зависимость» в подгруппу социализированных форм нарушений влечений. Миртахова Р.Р.(2009 г.) исследует воздействие интернета на психическое здоровье подростка как одного из новых типов психических расстройств и называет его «интернет зависимое расстройство или интернет-зависимость». Спринт А.М. и Ерышев Щ.Ф.(2012 г.) подмечают, что границы «компьютерной

и интернет-зависимости» у подростков смыкаются. Но, в тоже время, компьютерная зависимость может возникать раньше в виде пристрастия, даже у детей дошкольного возраста. Распространены эти явления у 1–5 % населения.

Под нашим наблюдением было 5 мальчиков с компьютерной зависимостью в возрасте от 9 до 13 лет. Все они психически здоровы, из полных семей и хорошо учились в массовой школе. У них в течении полугода постепенно развивалось состояние с чрезмерной охваченностью компьютерными играми, которая начинала занимать всё свободное от посещения школы и приготовления уроков время с желанием отрешиться от всей окружающей жизни, ослаблением привязанности к близким, возникновением негативных чувств ко всему, что мешало ребёнку находиться в игре, снижением интереса к близким, и проблемам семьи, друзьям, учёбе, хобби. Чаще всего эти игры они называли «стрелялками» или «путешествиями» с прохождением всё новых уровней. Постепенно время игры увеличивалось и те, кто хотели оторвать от неё, ограничивали время игры или снижали скорость трафика вызывали недовольство, а иногда даже и агрессию. Часто они лгали родителям о том, сколько времени проводили за игрой. Ухудшалась успеваемость. К этим детям применялась гипнотерапия с «диктатом темы» на первоначальном этапе, элементами проективной гипнотерапии (Тукаев Р.Д.,2006 г.), эриксоновского гипноза (Бэндлер Р., Гриндер Д., Делозье Д., Эриксон М, 2015 г.), альтернирующей суггестии (Захаров Н.П., 2004 г.), генерацией нового поведения (Ахмедов Т.Н., 2007 г.), работы с соматической составляющей чувств (Ермошин А.Ф., 2004 г.). После проведения 2–3 сеансов гипноза дети уверяли, что «всё поняли». Изменив отношение к старому поведению, мы проверяли новое поведение на экологичность. Давалось постгипнотическое внушение с использованием в качестве якоря компьютерной мыши. Вскоре поведение ребёнка значительно менялось: он становился теплее, меньше времени посвящал игре, во время игры адекватно реагировал на просьбы родных о её окончании, не давал вспышки агрессии, переставал лгать. В тоже время, он сохранял способность играть или использовать компьютер и интернет. Необходимость в психотерапии отпадала.

Целью настоящего исследования явилось исследование возможности преодоления компьютерной зависимости с помощью гипно-

терапии. Полученные данные подтвердили наше предположение. Необходима дальнейшая работа в связи с актуальностью и недостаточной изученностью данной проблемы.

Анализ ошибок как необходимое направление исследований в психиатрии

Савенко Ю.С.

Независимая психиатрическая ассоциация России, г. Москва

Самым выдающимся примером открытого анализа своих ошибок в области медицины является Н.И. Пирогов. Пироговские съезды продолжили эту традицию. Определение существа профессионализма В. Гейзенбергом как не наибольшего знания, а знания типовых ошибок в своей профессии, делает эту тему одной из центральных.

Выделяют систематические ошибки разного уровня, в разных измерениях и масштабах. В психиатрии это, прежде всего, предвзятость собственных восприятия и мышления. Преодолению этого служит феноменологический метод Гуссерля в редакции Ясперса и критическая онтология Николая Гартмана, которая была философской основой для Курта Шнайдера, Вайтбрехта и мн. др. Третьим гомологическим рядом была традиция критической философии Канта и неокантианских школ, особенно неофризской Леонарда Нельсона, которой следовал Артур Кронфельд, автор первого фундаментального труда по философским основаниям психиатрии – «Сущность психиатрического познания», и обзора первых шагов феноменологического движения в психиатрии. Это критическое направление достигло своей вершины в принципе фальсифицируемости Карла Поппера, который – в отличие от принципа верифицируемости – состоит в усилиях не подтверждения своих гипотез, а наоборот – в их критике и опровержении. Гипотезы, неуязвимые для критики, бесплодны. Такая переориентация минимизирует квази-исследования и недобросовестность в науке. Вопреки переводу всех основных работ Поппера на русский язык и существованию серьезной отечественной школы этого направления В.Н. Садовского, в психиатрии оно не получило распространения. Мы рассматриваем

это как одну из основных причин, препятствующих развитию нашего предмета. Необходима выработка ясных альтернативных теоретических положений, открывающих дорогу проблематизации и формулированию альтернативных гипотез и их непрестанной критической проверке. Приводятся примеры из психиатрической практики.

Падение уровня креатинфосфокиназы В в мозжечке при психических расстройствах (шизофрении и болезни Альцгеймера)

Савушкина О.К., Терешкина Е.Б., Прохорова Т.А.

ФГБНУ НЦПЗ РАН, г. Москва

Когнитивное функционирование связано со значительными энергозатратами мозга. Креатинфосфокиназа (КФК) играет ключевую роль в энергетическом метаболизме мозга и регулирует уровень АТФ и креатинфосфата. Нарушения энергетического метаболизма при шизофрении (ШЗ) и болезни Альцгеймера (БА) описаны в ряде структур мозга, но общепризнанное участие мозжечка в когнитивном функционировании (познавательных функциях, контроле внимания, эмоциях, настроении, социальном поведении) и данные об анатомических и функциональных связях мозжечка со множеством других отделов мозга (коры и подкорковых структур) обусловили выбор этой структуры мозга в качестве объекта нейрохимических исследований.

Цель исследования – сравнение уровней иммунореактивной изоформы КФК В в мозжечке больных ШЗ, больных БА и соответствующих контрольных групп.

Материалы и методы. Определены уровни иммунореактивной изоформы КФК В в экстрактах аутопсийных образцов коры мозжечка больных ШЗ, БА и контрольных групп. Исследованы образцы мозжечка ШЗ (n=17, медиана возраста 60 лет) и контрольной группы (n=23, медиана возраста 56 лет); образцы БА (n=13, медиана возраста 72 года) и контрольной группы (n=13, медиана возраста 70 лет), уравненных по числу представителей обоих полов и постмортальному интервалу. Группы больных ШЗ и БА достоверно не отличались от соответствующих

контрольных групп по возрасту (p>0,05). Уровни иммунореактивной КФК В определены методом ECL-иммуноблоттинга с использованием моноклональных антител.

Результаты. Достоверное снижение количества иммунореактивной КФК В наблюдалось в образцах от больных ШЗ по сравнению с контрольной группой (p< 0,01). Достоверное снижение количества иммунореактивной КФК В наблюдалось в образцах от больных БА по сравнению с соответствующей контрольной группой (p< 0,01).

Заключение. Снижение уровня КФК В в мозжечке больных ШЗ и БА приводит к существенному нарушению энергетического метаболизма в этой структуре мозга при данных расстройствах, что, по-видимому, связано с существенным снижением уровня когнитивного функционирования.

Агрессивные проявления в клинике психических расстройств у пациентов детской психиатрической больницы

Свинцова А.В., Атмашкина О.М., Панкова О.Ф.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва
ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, г. Москва

Проведенные ранее исследования, посвященные изучению феномена агрессивности, показали, что от 50 % до 70 % подростков, совершивших агрессивные деликты, имеют психические расстройства (Гурьева В.А., 2001; Макушкин Е.В., 2009; Grisso T. et al. 2004; Fite P.J., Stoppelbein L., Greening L., 2009).

Цель и задачи исследования – изучение распространенности и характера агрессивных проявлений в клинике психических расстройств у детей и подростков – пациентов стационара – в сравнительно-возрастном и нозологическом аспекте.

Материалы и методы исследования. Сплошным методом были изучены истории болезни 2434 пациентов, находившихся на лечении в крупнейшей детской психиатрической больнице г. Москвы – «Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков

им. Г.Е. Сухаревой» в 2014 г. Выкопировка и анализ данных историй болезни выявили указания на агрессию у 661 пациента (27,2 %).

Полученные результаты и их обсуждение. По возрасту пациенты были распределены на четыре группы: 1) дошкольный возраст до 7 лет, 2) младший школьный возраст (7–10 лет), 3) подростковый возраст (11–14 лет), 4) ранний юношеский возраст (15–18 лет). Наиболее часто агрессивное поведение встречалось у пациентов второй и третьей групп – 30,6 % и 40,7 % соответственно. Гендерное разделение всего изученного контингента: мальчики – 501 (75,8 %), девочки – 160 (24,2 %). Агрессия в поведении девочек более выражена в старшей группе – 37,6 %. Агрессивное поведение во всех группах чаще всего проявлялась физической агрессией к людям и разрушительными тенденциями. В подростковом возрасте мальчики чаще прибегали к угрозам расправы, включая убийство, используя для этого холодное оружие (ножи, заточки, стекло и др.). Из других нарушений поведения в подростковом и юношеском возрасте, ассоциированных с агрессией, наблюдались побеги (уходы) из дома, воровство, употребление алкоголя и наркотиков. По результатам изучения нозологической принадлежности имевших место психических расстройств, на первых позиция оказались: органическая патология головного мозга (24,8 %), умственная отсталость (36,3 %), расстройства шизофренического спектра (14,1 %) и формирующаяся патология личности (F90-F98 по МКБ-10) – 12,4 %. Основным синдромом, в структуре которого отмечались агрессивные проявления, являлся психопатоподобный синдром, отмеченный у 60,7 % (n=401) изученных пациентов стационара. Патология влечений была выявлена у 39 пациентов (5,9 %).

Выводы.

1. Проведенное исследование подтвердило актуальность углубленного изучения проблемы агрессивных проявлений в структуре психической патологии у детей и подростков.

2. Требуется расширение диагностических возможностей выявления специфических психических расстройств с нарушениями влечений агрессивно-садистического характера в рамках отдельных форм психической патологии.

3. Необходима разработка полипрофессиональной системы медико-психологической реабилитации, включающей режимно-организационные мероприятия и психолого-педагогическую коррекцию.

Психологические аспекты психосоциальной реабилитации в психиатрии: сближение и диалог разных подходов

Семенова Н.Д., Новак П.

ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России,
филиал Московский НИИ психиатрии,
г. Москва

Психосоциальная реабилитация в психиатрии представляет собой открытую систему. Постоянное обогащение и развитие представлений о реабилитации происходит через осмысление различных практик в различных культурных контекстах. Представляют интерес попытки синтезировать различные научные проекции, за которыми стоят знания и практика разных научных школ. Автор, опираясь на отечественные традиции реабилитации в психиатрии (Кабанов М.М. 1985, 1998; Гурович И.Я. 2014; Шмилович А.Л. 2015), пытается соотнести их с теоретико-методологическими и практическими разработками концепции реабилитации, ведущимися в одной из университетских клиник Европы. Опыт обучения и стажировки в университетской клинике Германии, Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III (Prof. Manfred Spitzer), Institut für Medizinische Soziologie (Prof. Peter Novak) – дает возможность представить контекст психосоциальной реабилитации (в ее клинико-психологической составляющей) по двум направлениям. Во-первых, исследования нейропластичности и нейромодуляции и их вклад в нейро-когнитивную реабилитацию при шизофрении (Шпицер М. 2003). Во-вторых, системное понимание реабилитации как объекта, имеющего сложную многокомпонентную структуру, концептуализация самопомощи (Das Selbsthilfebüro KORN), практика внебольничной помощи и преодоление последствий так называемого «экстра-госпитального госпитализма» (Новак П. 1999). Понимание сути многогранного динамического процесса реабилитации, проблема оптимизации психосоциальной реабилитации в психиатрии, дальнейшее развитие концепции реабилитации, – все это выходит за рамки собственно психиатрической проблематики и связано с широким кругом психологических детерминант и механизмов.

Поиск соответствующих современным тенденциям программ реабилитации больных шизофренией невозможен без паритетного участия «реабилитационной психологии».

Виды эротического бреда в структуре эндогенных психозов

Сергеев И.И., Шмилович А.А., Файнштейн Т.А.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Единого понимания эротомании (Э) в настоящее времени не существует, и классификация эротического бреда (ЭБ) в структуре эндогенных психозов остается актуальным и клинически значимым вопросом.

Целью исследования было выделение клинических вариантов Э при эндогенных психозах и их классификация.

Материал исследования: клинико-психопатологическое и клинико-статистическое исследование 71 больного шизофренией и ШАП с ЭБ.

Результаты исследования. Выделены 2 группы Э: основная с превалирующей сексуальной тематикой (35 больных) («сексуальная Э») и группа сравнения с платоническими любовными бредовыми переживаниями (36 человек) («платоническая Э»). В основной группе выделено 2 подгруппы: с бредом изнасилования у женщин или гомосексуального совращения у мужчин (26 пациентов) и с псевдогаллюцинаторными половыми актами (22 человека), у 37,1 % больных в динамике заболевания встречались оба вида этих переживаний. В группе «сексуальной Э» наиболее частыми были фабулы сексуального воздействия, инкуба, изнасилования и гомосексуального совращения. При «платонической Э» больше представлены Э Клерамбо, бред любовного притязания и бред эротического преследования Крафт-Эбинга.

Отмечено следующее распределение по механизмам бредообразования: галлюцинаторный ЭБ – 72,9 %, аффективный ЭБ – 31,4 %, острый чувственный ЭБ – 25,7 %, конфабуляторный ЭБ – 19,7 %. Устойчивой систематизации ЭБ не было. Выявлены различия в психопатологической

структуре «сексуальной» и «платонической» Э. Отмечены характерные для разных групп нюансы синдрома Кандинского-Клерамбо: в основной группе бред эротического воздействия чаще носил тягостный, неприятный характер, более выражены были тактильно-висцеральные псевдогаллюцинации и сенсорные или моторные автоматизмы. А в группе сравнения воздействие со стороны объекта Э было приятно для больных, эротические псевдогаллюцинации чаще были вербальными или визуальными, а психические автоматизмы – идеаторными. В основной группе у 74,3 % больных отмечался бред изнасилования или гомосексуального совращения конфабуляторного или ретроспективного характера. А фабулы сексуального воздействия, инкуба и эротического воздействия обычно были сюжетными вариантами синдрома психического автоматизма. В группе «платонической» Э синдром отчуждения чаще был представлен Э Клерамбо, а при аффективно-бредовых переживаниях маниакальный синдром сопутствовал любовному бреду притязания, депрессивный – бреду эротического преследования.

В группе «сексуальной Э» превалировала параноидная непрерывно текущая шизофрения (57,1 %), а в группе сравнения –приступообразно-прогредиентная (41,7 %).

Выводы: 1. Все эротические бредовые фабулы можно разделить на сексуальные и платонические. 2. Обнаружена связь сюжетных нюансов ЭБ и психопатологической структуры синдрома, при котором он наблюдается. 3. «Сексуальная» Э больше характерна для непрерывно текущей шизофрении, а «платоническая» – для приступообразных форм эндогений.

Особенности психометрической оценки тревожных состояний при деменциях

Смирнов О.Р.

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

Оценка тревожных расстройств при деменциях позднего возраста сопряжена с целым рядом трудностей. Они остаются неразрешенными, несмотря на значительные успехи в этой области. Шкалы, разработанные

для этой категории больных, или оценивает весь спектр типичных отклонений BEHAVE-AD (1996), «Шкала оценки психического состояния дементных больных пожилого возраста» (Букатина Е.Е. с соав., 1992), или охватывают только некогнитивные расстройства (The neuropsychiatric inventory (NPI), 1994). Во всех шкалах реализован принцип изолированной посимптомной оценки, что подходит для скрининга, но недостаточно для понимания психического статуса в целом.

С помощью подобных шкал можно выявить позитивные и негативные симптомы, оценить степень их дезадаптирующего влияния, но ни в одной из них нет критериев оценки остроты состояния, то есть, общей выраженности комплекса тревоги и производных или вторичных по отношению к ней симптомов.

Кроме того, как показывает клиническая практика, шкала, оценивающая психическое состояние дементных, должна быть чувствительна не только к симптомам тревоги, но и к симптомам основного ослабоумливающего процесса.

По-прежнему слабым местом таких инструментов является неточность количественных критериев, которые построены по принципу «сильнее/слабее», «часто/редко». Если учесть, что период ретроспекции достигает 4-х недель, то можно сказать, что такая оценка недостаточно объективна.

Целью обсервационного динамического наблюдения 335 дементных больных, находящихся в острых, подострых состояниях и в ремиссии, было выработать принципы и алгоритм психометрической оценки их состояния.

В круг задач входили: 1) оптимизация процесса тестирования; 2) уточнение круга некогнитивных расстройств, тесно связанных с тревогой; 3) усовершенствование принципов их количественной оценки.

Результаты. Было установлено, что порядок тестирования должен совпадать с естественным ходом наблюдения, осмотра и опроса больного.

Наиболее часто тревоге сопутствуют тревожные блуждания, инсомния, эпизоды тревожной ажитации; вегетативные симптомы в виде сухости или потливости; тахикардия, нестабильность А/Д, аритмии; учащение мочеиспускания; мышечный тремор, тревожное мышечное напряжение, тревожная рассеянность внимания.

Для повышения точности количественных оценок временной интервал ретроспективной оценки должен быть сокращен до 7 дней.

Вместо критерия «часто/редко» должен быть введен критерий «ежедневно / не каждый день». Вместо критерия выраженности «сильнее/слабее» должен быть введен критерий учитывающий степень влияния симптома на психическое состояние («отмечается / влияет / определяет») и критерий устойчивости этого симптома («длится весь день / длится только часть дня»).

Предварительное сопоставление данных оптимизированного тестирования с теми результатами, которые получены с помощью шкалы NPI, удалось выяснить, что новый подход позволяет более полно и точно оценить спектр и выраженность расстройств и при этом сократить время тестирования.

Психологическая помощь детям с судорожными пароксизмами в анамнезе

Туровская Н.Г.

ГБОУ ВПО ВГМУ Минздрава России,
Волгоградская областная детская клиническая
психиатрическая больница, г. Волгоград

В ходе проведенного нами психологического исследования было выявлено, что пароксизмальные состояния у детей приводят к нарушениям функций двигательного анализатора: динамического и кинестетического праксиса. Пароксизмальные состояния по сравнению с другой церебральной патологией способствуют развитию более грубой церебрастенической симптоматики. У детей с судорожными состояниями также как и у детей с церебрально-органической недостаточностью, не сопровождающейся развитием судорог, отмечаются нарушения слухоречевой памяти. Пароксизмы вызывают также нарушения кратковременной зрительной памяти и более выраженные модально-неспецифические нарушения памяти. Локальная эпилептиформная активность приводит к развитию у детей очаговой симптоматики.

С опорой на полученные в процессе исследования результаты нами были разработаны следующие рекомендации. Приоритетными в психокоррекционной работе с детьми с судорожными пароксизмами должны стать: преодоление повышенной истощаемости психической деятельности; предупреждение нарушения и восстановление подвижности психических процессов; развитие произвольных двигательных функций (в первую очередь, динамического и кинестетического праксиса); развитие памяти; у детей с локализованной эпилептиформной активностью – профилактика и элиминация дифференцированных нарушений высших психических функций. Первостепенное внимание необходимо уделить развитию произвольных двигательных функций (в первую очередь, динамического и кинестетического праксиса). Выполнение последовательно организованных программ движений, развитие способности воспринимать и осознавать «тонкие нюансы» совершаемых движений и моторной ловкости в целом может предупредить трудности усвоения в будущем как двигательных, так и когнитивных программ. Развитие памяти у детей с судорожными пароксизмами должно идти по пути овладения средствами опосредования запоминаемого материала. Особое внимание необходимо уделить развитию системы зрительных образов-представлений, укреплению связей между образами и соответствующими им номинациями, формированию межмодальных связей. Данные рекомендации могут быть использованы в работе медицинскими психологами, педагогами-психологами и дефектологами.

К вопросу о возможности повышения эффективности терапии преждевременной эякуляции

Мухаммаддилшод Иззатулло Угли Турсунов

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Преждевременная эякуляция является одним из часто встречаемых андрологических заболеваний. Неэффективность лечения преждевременной эякуляций нередко приводят к семейным конфликтам, к резкому

нарушению общего физического и нервно-психического состояния больных, а также к утрате трудоспособности, неврозу или депрессии. В связи с указанным совершенствование терапии пациентов с преждевременной эякуляцией является актуальной и разрабатываемой проблемой.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения препарата Флуоксетин при преждевременной эякуляции.

Методы исследования. На лечении находилось 15 больных, страдающих преждевременной эякуляцией (первичный тип). Флуоксетин применялся в дозе 20 мг в сутки в утренние часы в основном как дополнение к базовой урологической терапии. Лечение проводили в течение 30 дней под клинико-лабораторным контролем. В случае достижения эффективности терапию продолжали до 60 дней. Всем больным проведено ЭКГ, УЗИ печени, общий анализ и биохимия крови, микроскопическое исследование всех порций мочи и секрета простаты после массажа железы.

Результаты. Эффективность в результате применения препарата Флуоксетин по 20 мг 1 раз в день в течении 30 дней составила 93.3 %. 4 обследованных больных до лечения могли сделать 40–75 фрикционных движений, а после лечения – 80–140. 7 больных до лечения могли сделать 20–50 фрикционных движений, а после – 60–110. 1 больной до лечения мог сделать 0–3 фрикционных движений, а после лечения 20–35, после второго курса лечения – до 75 фрикционных движений. 2 больных до лечения – 50–70 фрикционных движений, а после лечения – 120–170 фрикционных движений. У 1 больного до лечения – 20–30 фрикционных движений, а после лечения 40–50 фрикционных движений.

Заключение. Таким образом, препарат Флуоксетин доказал свою эффективность в лечении больных с преждевременной эякуляцией. Кроме того, после проведенного лечения отмечалось снижение неврозности и чрезмерной раздражительности больных. Увеличилось количество фрикционных движений. Улучшилась чувство оргазма во время эякуляций. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения препарата Флуоксетин в лечении преждевременной эякуляции.

Из истории психиатрии. Записки 1912 года пациента психиатрической клиники

Уланова А.В., Алехин М.И.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Доклад посвящен редкому документу – записям, составленным в 1912 году бывшим пациентом психиатрической лечебницы, имя которого установить не удалось. Тетрадь объемом в 43 листа под заголовком «В клинике», собственноручно заполненная анонимным больным, была обнаружена в архивном фонде его лечащего врача Тихона Дмитриевича Фаддеева в Российском государственном архиве литературы и искусства.

Прежде чем познакомиться с содержанием записей, необходимо остановиться на личности врача-психиатра Т.Д. Фаддеева (29/XII [11/I 1880] 1879–1942). Тихон Фаддеев – яркий, но забытый представитель удивительной эпохи русского Серебряного века – получил блестящее образование: окончил сначала естественное отделение физико-математического факультета Императорского Московского университета с дипломом первой степени (т.е. с отличием, учился на одном курсе с Борисом Бугаевым – будущим поэтом Андреем Белым), затем медицинский факультет со степенью лекаря. Его педагогами были Н.В. Склифосовский, Н.Д. Зелинский, И.М. Сеченов, В.А. Тихомиров, Г.И. Россолимо и другие известные врачи и ученые. Издание своего первого научного труда «Психология» Тихон Фаддеев посвятил памяти Петра Ивановича Дьяконова. Специализировался на психиатрии. Сначала работал в университетских клиниках, позже служил при Психиатрическом отделении Московского военного госпиталя. Успешно сочетал медицинскую практику с научной работой. В качестве полкового врача Т.Д. Фаддеев принимал участие в Первой мировой войне, о чем оставил недавно опубликованные воспоминания. Объем литературного наследия Т.Д. Фаддеева позволил сформировать личный фонд и передать его в Российский государственный архив литературы и искусства.

Рукопись безымянного пациента (далее – пациент N) «В клинике», датированная 18/XI 1912 г., была адресована врачу Тихону Фаддееву

с посвящением: «Тихону Дмитриевичу на память об одном бывшем его пациенте, который просит не забывать его в “минуту жизни трудную”». Это отнюдь не «записки сумасшедшего». Текст представляет собой связный полноценный рассказ, записанный грамотно, твердой рукой, четким, разборчивым почерком, охватывающий период от добровольного поступления автора в психиатрическую клинику при Императорском Московском университете осенью 1907 г. до последующего перевода пациента N в Алексеевскую больницу на Канатчиковой даче, заметного улучшения его состояния и возвращения домой. Пациент подробно описывает свое самочувствие (бредовые идеи, мысли о самоубийстве и др.), упоминает об условиях пребывания, режиме, процессе лечения. Интерес представляет не только сам факт находки этого уникального документа, но и содержащиеся в нем достоверные сведения, полученные не от лечащего врача или медицинского персонала, а непосредственно от больного.

Болонский процесс в обучении психиатров: невыученные уроки

Худяков А.В., Суриина А.Е., Урсу А.В.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, г. Иванов

Разговоры о введении болонской системы в образовании активно ведутся, по крайней мере, в течение 5 лет. С 2013 года в системе высшего образования началась разработка конкретных предложений по реализации проекта непрерывного образования. К сегодняшнему дню опубликованы достаточно размытые указания, согласно которым будет проводиться последипломное обучение врачей в рамках циклов повышения квалификации. При этом набор зачетных единиц (кредитов) не исчерпывается одним только участием специалиста в учебных мероприятиях. Предполагаются и другие формы личной активности, такие как написание статей и рефератов, участие в конференциях и клинических разборах. Однако остается совершенно не проработанным вопрос организации и методики оценки рефератов, научных статей, тезисов и докладов. Решать эти вопросы надо

срочно. Преимущества новаций очевидны, также как и недостатки. К числу преимуществ относится: более равномерное распределение учебной нагрузки в течение 5 лет; обучение по отдельным компетенциям, которые необходимы данному врачу и его работодателю; выбор места обучения и его стоимости независимо от формы собственности и места нахождения учебного заведения; возможность дистанционного обучения.

Вместе с тем, дистанционное обучение не предполагает реализации практических навыков. Уже сейчас появляются критические замечания, что оно несет в себе соблазн получения зачетных единиц без должного контроля. Наш опыт показывает, что интерес врачей к приобретению новых знаний существенно снизился за последнее время. Болонский процесс предполагает замещение значительной части клинической работы с больными на симуляционную. В психиатрии, где основой обследования является клиническая беседа с пациентом, «общение» с компьютером не может заменить живого контакта. В ряде стран в порядке совершенствования болонской системы вместо больных к обучению врачей привлекают специально обученных артистов. Ограниченность такого метода очевидна, поскольку существует множество симптомов, которые невозможно симулировать. При проведении опроса обучающиеся в нашем вузе иностранцы объясняли свой выбор места обучения не только экономическими соображениями, но и более активным допуском к работе с реальными больными. По нашему мнению супервизия заслуживает внимания как интересный и результативный метод в обучении и оценке знаний врачей. Однако ее проведение наталкивается на ряд объективных и субъективных препятствий. В частности, групповая супервизия нередко вызывает негативные эмоции, создает экзаменационную обстановку, а индивидуальная супервизия требует больших затрат времени супервизоров. Мы разработали и внедрили двухуровневую супервизию: на первом этапе врачи, обучающиеся на цикле повышения квалификации, прикрепляются в качестве супервизоров к интернам, которые обследуют нового больного и пишут учебную историю болезни. Супервизоры-врачи пишут свое заключение о качестве работы интерна. На втором этапе происходит групповое обсуждение итогов совместной работы.

Клиническая структура и прогностическое значение ангедонии как предиктора суицидальности

Чеботарева С.Ю.*, Шмилович А.А.**

***ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», г. Москва*
***ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

В современной психиатрической литературе ангедония рассматривается в качестве психопатологического феномена, отражающего степень дефицитарности восприятия и переживания положительных эмоций. В качестве основного или в комплексе с другими нарушениями как фактор риска суицидального поведения ангедонию оценивают Fawcett J. (1988; 1993); Sechter D., BoninB., et al. (1991); Hall R.C., Platt D.E. (1999); Nock M.K., Kazdin A.E. (2002). Влияние ангедонии на суицидальное поведение отмечают Fawcett J. (1988); Loas G., Chignague J.F., (2000); Santor D.A., Coyne J.C. (2001). Суицидальный риск коррелирует с общей выраженностью депрессии и ангедонией (Sechter D., Bertschy G., et al.1991).Наличие «автоматических» суицидальных мыслей и ангедонии характерны для повторных суицидальных попыток (Nock M.K., Kazdin A.E. 2002). Fawcett J. (1993) утверждает, что выраженность таких симптомов как ангедония, тревога, бессонница приводили к суициду на 1 году после обследования. По различным данным ангедонические расстройства выявляются при депрессивных состояниях эндогенной и психогенной природы, невротическом конфликте, шизофрении, органических и неврологических заболеваниях, как личностная и конституциональная черта психически больных. С учетом этого начата научно-исследовательская работа, основной целью которой является изучение клинической структуры ангедонического симптома как эпифеномена, без учета его синдромально-нозологической принадлежности. Задачами исследования стали разработка подходов к клинической оценке, структурированию и анализу ангедонических расстройств, разработка системы оценки влияния феномена ангедонии на социально-психологическую адаптацию личности, определение критериев прогноза суицидальности ангедонических расстройств, оптимизация лечебно-реабилитационного процесса. В исследование включены все пациенты (без учета основного

заболевания) с выявленным ангедоническим расстройством, как субъективно – методом клинического интервью, так и объективно – шкала SHAPS. Ожидаемый результат – определение симптомокомплекса ангедонии как универсального эпифеномена, развивающегося далеко не только в структуре витальных эндогенных депрессий и определяющего не столько синдромально-нозологическую принадлежность психических расстройств, сколько их тяжесть и суицидальный риск.

Клинические особенности и причины госпитализации больных с тревожно-фобическими расстройствами в общепсихиатрический стационар

Чугунов Д.А.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность: изучение тревожно-фобических расстройств остается актуальным. Причиной этому служит высокая распространенность данной группы расстройств в общей популяции, и в структуре психической патологии. Остается актуальным негативное влияние тревоги и фобий на социальную. Тревожно-фобические расстройства, приводящие к госпитализации в общепсихиатрический стационар, плохо изучены. Цели и задачи: 1) клиническая характеристика и выделение вариантов тревожно-фобических расстройств, ведущих к госпитализации в общепсихиатрический стационар; 2) изучение динамики тревожно-фобических расстройств; 3) мотивы для госпитализации пациентов в общепсихиатрические отделения, в т. ч. недобровольной; 4) оценка социально-дезадаптирующего влияния тревожно-фобических расстройств. Материалы и методы. Включены 72 пациента. Мужчин – 31, женщин – 41, средний возраст 36±12,4 лет. Пациенты находились на лечении в ПКБ № 1 г. Москвы с 2008 по 2011 г. Длительность заболевания составляла 8,9±8,5 лет. У больных отмечались шизофрения (52 больных – 72,2 %) и невротические состояния (20 больных – 27,8 %). Возраст обследованных был 18–60 лет. Использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и клинико-статистический методы. Длительность катамнестического наблюдения – от 1 до

4 лет, катамнестически обследованы 47 больных (65,2 %). Результаты и обсуждение. Пациенты были разделены на 8 групп: 1) агорафобия (10 больных – 13,9 %); 2) панические атаки (9 больных – 12,5 %) 3) социофобия (5 больных – 6,9 %); 4) нозофобии (14 больных – 19,4 %); 5) специфические фобии (5 больных – 6,9 %); 6) генерализованное тревожное расстройство (12 больных – 16,7 %); 7) диспсихофобия (9 больных – 12,5 %); 8) контрастные фобии (8 больных – 11,1 %). К госпитализации в общепсихиатрические отделения вели: 1) субпсихотические переживания; 2) множественность фобий; 3) коморбидные расстройства; 4) рентные установки; 5) панагорафобия; 6) гомицидо-, суицидофобии. Часть больных (9 больных – 12,5 %) госпитализирована недобровольно. Гомицидо- и суицидофобия оценивались как опасность для себя или окружающих. Фобические расстройства имели рекуррентное течение, реже встречался непрерывный вариант. Имелась тенденция к прогрессированию. Отмечалась глубокая социальная дезадаптация. Лишь 18 (25 %) были в браке, 17 (23,6 %) работали, другие либо имели группу инвалидности по психическому заболеванию (25 больных – 34,7 %), либо были фактически инвалидизированы (30 больных – 41,7 %). Причиной служило негативное отношение больных к факту инвалидности. Выводы. 1) было выделено 8 вариантов тревожных и фобических расстройств, отличавшихся множественностью, интенсивностью, высокой степенью избегания; 2) отмечались рекуррентный и непрерывный варианты динамики; 3) основными мотивами госпитализации служили субпсихотические переживания; 4) тревога и фобии вели к глубокой социальной дезадаптации.

Структура личности пациентов с коморбидным течением хронического фарингита и депрессивных расстройств

Чумаков Д.В., Ярославская М.А., Давыдова И.А.

ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ», г. Москва

Цель исследования – изучение личностных особенностей больных при коморбидном течении хронического фарингита и депрессивных расстройств. Характеристика групп и методы исследования:

В исследовании приняли участие 45 человек в возрасте от 18 до 75лет. Выборка из 30 пациентов, находящихся на лечении в ПКБ имени Ю.В. Каннабиха была разбита на 2 группы. Первую группу составили 15 человек, имеющие депрессивные расстройства (МКБ-10: F41-F43 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) при коморбидном течении хронического катарального фарингита. Средний возраст составил – 52,4±15,3. Вторую группу составили 15 человек, имеющие депрессивные расстройства (МКБ-10: F41-F43 невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) при коморбидном течении хронического субатрофического фарингита, как результата тонзилэктомии, проведенной в детском возрасте. Средний возраст – 51,5±16,1. Группу сравнения составили 15 практически здоровых лиц, не имеющих психический расстройств и заболеваний дыхательных путей, средний возраст – 51,5±16,2 с целью демонстрирования усредненных значений по методикам. Для изучения личностных особенностей применялась методика СМИЛ Л.Н. Собчик, 2002. Результаты исследования и их обсуждение: При сопоставлении результатов по методике СМИЛ 1 и 2 выборок не было выявлено достоверных различий (P>0,05). Полученные личностные профили у больных с депрессивными расстройствами указывают на высокий уровень невротизации, социально-психологическую дезадаптацию, проявляющуюся в эмоциональной лабильности и напряженности, неустойчивой самооценке, болезненной сосредоточенности на своем самочувствии, склонности к конверсионным расстройствам, высоком уровне тревожности, повышенной утомляемости, потребности в ограничении социальных контактов. Соотношение шкал достоверности F и K выявляет устойчивую тенденцию в восприятии своего психосоматического состояния как тяжелого. Для 1 группы в профиле ведущим являются пиковое сочетание 1, 2 шкал с 7, 8, что указывает на преобладание в клинической картине тревожно-депрессивного состояния с ипохондрическими включениями. Для 2 группы высокие показатели по 2-й шкале дополняются двойным пиком по 7-й и 8-й шкалам, что указывает на психо-астенический тип личности с менее выраженной ипохондризацией, чем в 1 группе. Достоверные различия (P<0,05) были выявлены при сопоставлении результатов здоровых испытуемых и больных из 1 и 2 выборки.

Здоровые испытуемые обнаруживают большую жизнестойкость в сравнении с пациентами. Они занимают активную личностную позицию, оказывают выраженное сопротивление стресс-средовым воздействиям, в структуре мотивационной направленности – отмечается преобладание мотивации достижения, уверенность и быстрота в принятии решений. Выводы: Полученные результаты исследования могут быть полезны при разработке медико-реабилитационных программ, направленных на повышение психосоциальной адаптации, повышения качества жизни пациентов.

Вопросы клинической динамики и социальной адаптации умственно отсталых

Шмакова О.П.

ФГБНУ НЦПЗ РАН, г. Москва

Цель: установление закономерностей клинической и социальной динамики пациентов с умственной отсталостью (УО) до достижения взрослости.

Материал и методы: проспективно прослежены больные 1990–1992 гг. рождения, с детства наблюдавшиеся в ПНД№ 21 г. Москвы. На первом этапе (осмотр при первичном обращении и прослеживание до 17 лет 11 мес.) общее количество больных, взятых под наблюдение составило 1205; из них с УО – 202 чел.: м. – 133, ж. – 69. До завершающего этапа (катамнестическое прослеживание с 18 до 23–25 лет) прослежено 187 чел. с УО (м. – 124; ж. – 63). Средняя длительность катамнеза:17,7±3,7. Основной метод исследования клинико-психопатологический. Нозологическое распределение пациентов на первом этапе (n-202): F70 – 152 чел.; F71 – 36, F72 – 8, F73 – 6 чел.; на втором (катамнестическом) этапе (n-187): F70 – 138 чел., F71 – 35, F72 – 8, F73 – 6 чел.

Результаты: из 1205 чел., 180 детям УО была выставлена первично, из них на протяжении детства нозологическая трактовка состояния пересмотрена у 13. Гипердиагностика УО являлась следствием трудностей выявления и ранней клинической оценки резидуально-органических

и эндогенных расстройств, неточностей квалификации структуры и выраженности интеллектуального дефицита. 35 детям с первоначально иными диагнозами в последующем была диагностирована УО. Гиподиагностика УО становилась следствием недооценки выраженности ментальной недостаточности, трудностей дифференциальной диагностики УО с резидуально-органическими и первазивными расстройствами. Чем значительнее был интеллектуальный дефицит, тем чаще он при первичном осмотре недооценивался. Во взрослом возрасте нозологическая трактовка состояния изменилась лишь в 3 случаях. Только одному пациенту с лёгкой неосложнённой УО диагноз был снят, двум другим пересмотрен на более тяжёлый. В целом, диагностическая трансформация обсуждаемой нозологии на протяжении детства обусловливалась как формальными причинами (первоначально неадекватной оценкой степени интеллектуального дефицита), так и объективной динамикой состояния больных.

Клиническая картина неосложнённой УО характеризовалась стабильностью, реже – эволютивной, малозаметной в коротких интервалах динамикой. Отрицательная динамика встречалась чаще, что объяснимо тяжестью расстройств у лиц с УО, состоящих под наблюдением в ПНД. Уровень социальной адаптированности пациентов коррелировал с глубиной интеллектуального дефицита, зависел от комплекса факторов. Если в детско-подростковом возрасте лица с лёгкой УО, выглядели достаточно приспособленными к условиям повседневной жизни, то в периоде молодой взрослости всё обстояло менее благополучно. Около 90 % молодых взрослых с лёгкой УО смогли получить профессиональное образование, но только около 40 % имели постоянную работу, а 35 % лишь временный заработок. Лица с умеренной УО, как правило, жили на пособие по инвалидности, их жизнедеятельность в основном ограничивалась рамками семьи. Т.о. молодые взрослые лица с УО нуждались в мерах социальной поддержки и содействия занятости.

Непрерывный континуум психических расстройств (клинические прототипы, краевые состояния, переходные синдромы)

Шмилович А.А.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Классификационные построения в психиатрии испокон веков отличались большим количеством разночтений, диссонансов, а порой и противоречий. Представители различных психиатрических школ с изрядным упорством отстаивают собственные взгляды на систематику симптомов, синдромов и нозологических единиц, с трудом принимая компромиссные решения в дискуссиях со своими оппонентами. В результате, широта границ одних и тех же диагностических категорий принципиально разнятся, что создает непреодолимые препятствия к проведению совместных научных исследований, а работы, построенные без учета унифицированных методологических и категориальных принципов, заканчиваются получением столь разнящихся результатов, что их достоверность становится сомнительной. Постулирование, так называемой, «доказательной медицины» в большинстве авторитетных психиатрических сообществ (включая всемирную психиатрическую ассоциацию), к сожалению, будучи логичным и благим намерением в этой ситуации, фактически недостижимо, так как методик действительно объективной диагностики тех или иных психических расстройств до сих пор нет. В этой связи, представляется целесообразным, вернуться во времена К. Ясперса и сделать акцент на феноменологическом направлении в психиатрии, которое способно отразить реальные персонифицированные характеристики психического состояния пациента в описаниях лишенных множества семантических и смысловых штампов и стереотипов. Вследствие такого подхода разрушаются жесткие межсиндромальные и клинико-нозологические границы, становятся неактуальными категориальные подходы и остывают жаркие дифференциально-диагностические дискуссии на клинических разборах и конференциях.

Анализ большинства клинических научных исследований (включая собственную работу), посвященных вопросам микстовых психических

расстройств – эндогенно-органических, эндо-реактивных, психогенно-органических, сомато-психиатрических и психо-соматических и др. показал, что количество атипичных клинических форм столь велико, что разбить их на качественно различные состояния невозможно. Фактически, мы имеем дело с нескончаемым множеством переходных синдромов (состояний), каждый из которых является звеном цепи единого клинического континуума «от функционального к органическому»: психогения – психопатия – эндогения – экзогения. При этом, ядерные формы или клинические прототипы встречаются гораздо реже краевых или переходных форм.

Это обстоятельство с одной стороны указывает на мультифакторность психических расстройств XXI века и их высочайший клинический полиморфизм, а с другой – делает необходимым расширение стандартов терапии психических заболеваний с обязательным применением комплексных терапевтических подходов в биопсихосоциальной парадигме.

Реакции дезадаптации

Шемякина Т. К.*, Воскресенский Б.А.**,
****Мухорина А.К.**, Ответчиков М.И.****

**ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», г. Москва*
***ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

Политическая, культурная, экономическая нестабильность – все это неблагоприятно сказывается на нервно-психическом здоровье населения. В настоящем сообщении представлены некоторые клинико-статистические данные о больных с реакциями дезадаптации (в широком смысле), прошедших через районное общепсихиатрическое (женское) отделение ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева в 2013 году. Территориальная очерченность обеспечивает равенство климато-географических и базовых социально-экономических условий жизни обследуемых, позволяет отчетливее почувствовать роль индивидуальных, (а в данном сопоставлении – групповых) дезадаптирующих факторов. Общее количество

больных – 54 чел., возраст от 18 до 62 лет, большинство – в интервале 23–41 год – 31 чел. (57,4 %).Средняя продолжительность госпитализации – 6 дней.

Россияне составили 47 %, граждане стран СНГ 49 %, среди последних преобладали больные из Украины – 38 % и Кыргызстана – 35 % стран, в которых в последние годы происходили бурные социальные процессы. При дальнейшем изложении мы будем иметь в виду именно эти три страны.

Выразительна структура патологии у граждан этих государств. Острая реакция на стресс (F 43.0) у 98 % украинцев, 55 % киргизов. У россиян – 26 %, почти все остальное – расстройства, связанные с разнообразными зависимостями (F1). Также именно среди россиян преобладали лица более зрелого возраста, только у них имели место повторные госпитализации и наибольшая средняя продолжительность настоящего стационирования. Все это в определенной мере указывает на более выраженную патологию у российского контингента – своеобразно предуготованную для реакций и декомпенсаций сомато-биологическую «почву». Для граждан Украины и Кыргызстана, очевидно, первостепенное значение имели собственно стрессовые воздействия. Расстройства личности (F 60-61) – менее 10 % в каждой из этих групп

Непосредственной причиной госпитализации чаще всего были суицидальные переживания: у граждан Украины 98 % (из них 58 % – шантажные, а 28 % – в форме высказываний), у россиян 92 % (38 % и 4 % соответственно), у киргизов (здесь и далее мы имеем в виду гражданство, а не национальность) 42 % (10 % и 21 %). В прочих наблюдениях стационирование диктовалось клиникой острых аффективно-шоковых реакций.

Состояние опьянения в момент госпитализации было констатировано у 96 % украинцев, 78 % россиян, 52 % киргизов. Эти цифры в определенной мере параллельны характеристикам суицидальности. Своеобразным интегративным показателем, для которого эти два фактора – суицидальность и опьянение – по-особому важны, явилась средняя продолжительность госпитализации: для украинцев 5,1 дня, для россиян 7,3 дня, для киргизов 2,6 дня. Практические все больные госпитализировались дежурным психиатром. Они давали согласие

в первый же момент или чуть позднее – в процессе стационирования. Это обстоятельство в определенной мере свидетельствует о преходящей, реактивной (в широком смысле) природе расстройств.

Многогранна роль семейного положения – оно может по-своему констатировать характерологические особенности или же усугублять социальную нестабильность. Не замужем были 64 % киргизов, а 31 % – в гражданском браке. У украинского контингента эти два гражданских статуса обнаруживались в равных количествах. Однако, при размышлении над этими цифрами следует не забывать о том, что 50 % (от всего описываемого контингента) имели возраст до 30 лет. Вполне естественным представляется, что именно у киргизов оказалось больше всего бездетных женщин – 64 %, что совпадает – случайно или нет – с количеством незамужних. У россиянок – замужние – 41 %, гражданский брак – 11 %. С учетом того, что россиянки были «более взрослыми», столь значительное количество бессемейных (48 %) может указывать на роль личностных особенностей в формировании стрессовых ситуаций.

И вместе с тем именно ссора с близкими стала причиной реакции для 94 % россиян. Для украинцев – 85 %, остальное – ссора с окружающими и работодателем. У киргизов – обе ситуации одинаковы.

С другой стороны преобладание личных конфликтов у россиян согласуется с тем обстоятельством, что 77 % из них не работали совсем (официальная работа – 13 %). У граждан Киргизии и Украины – преобладала неофициальная работа – 55 % и 47 % соответственно, официальная работа – 8 % и 7 %. Полагаем, что в двух последних случаях за этими обстоятельствами стоят правовые и языковые проблемы, которые при определенных дополнительных условиях преобразуются в клинические феномены.

В сегодняшних условиях наличие работы отнюдь не напрямую связано с образованием. У россиянок и украинок его уровень был относительно высок – различные уровни специального образования в 73 % и 84 % соответственно. Среди пациенток из Киргизии – преобладали лица со средним образованием – 65 %.

Выявленные показатели и соотношения могут характеризовать не только клинические слагаемые, но и социально-демографические особенности, присущие каждой из стран. (Психиатрически более

значимые факторы, выявленные у россиян, не в последнюю очередь могут быть связаны с наибольшим средним возрастом в этой подгруппе). Вычленение каждой из составляющих – задача дальнейших исследований. Но полагаем, что профилактическая и лечебно-реабилитационная работа в отношении подобного контингента должна в первую очередь осуществляться отнюдь не психиатрами, а в русле общих социальных программ.

Improving the Psychiatry Education Experience in Medical School

Angel Irina (Эйнджел Ирина Витальевна)

Mount Auburn Hospital, USA

Context

Suboptimal medical school education may have negative consequences for society, patients, the profession, and the school.Today's challenges require a concerted effort to align medical education with current and future health care and societal needs. Driven by the desire to rise to these challenges and by the mission to improve population health, numerous medical schools worldwide are undertaking initiatives to optimize medical education in an effort to meet these needs.

Objectives

This article attempts to share ideas among a global network of colleagues regarding medical education reform.

I will review the Harvard Medical School-Cambridge Intergrated Clerkship (CIC) as a model educational program for medical students.

This paper will consider why longitudinal supervisory relationships between clinician-preceptors and students improves medical education for psychiatry students.

Methods

Peer-reviewed research literature on medical education was collected.

The population of interest was second and third year Harvard Medical Students. A total of five individual semi-structured interviews were conducted with third year medical students during their psychiatric emergency room

rotations at the Cambridge Hospital and ten individual semi-structured interveiws were conducted with second year medical students during their outpatient psychiaty rotations at Harvard Vanguard Medical Associates also in Cambridge. All interviews were analyzed for emergent themes, with a primary focus on the role of student-teacher relationships and the importance of contingency in learning psychiatry.

The outcome was the student's level of satisfaction with their psychiatry rotation and the likelihood of choosing psychiatry for their future career.

Results

Information about longitudinal integrated clerkships (LICs) as an alternative to traditional block rotations is presented. Course leaders have created multiple models of LICs to improve educational curricula.

This article focuses on the role of the student-teacher relationship as an important principle that underpins educational design and has the potential to improve the quality of medical education.

Conclusions

A student's interest in learning psychiatry evolves through rewarding relationships with teachers who provide education, guidance, empathy, validation, and affirmation. Student's learning, identity development and excellence in patient care is present in student-teacher oriented programs.

Особенности клиники и терапия нарушений либидо при непсихотических психических расстройствах

Ягубов М.И., Кан И.Ю.

ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
филиал Московский НИИ психиатрии, г. Москва

Целью настоящего исследования является изучение клинических особенностей нарушений либидо при различных психических расстройствах непсихотического уровня и разработка дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий. Расстройство либидо наряду с угнетением других влечений является клиническим проявлением эндогенной депрессии. При этом нарушение либидо носит тотальный характер, имеющий определенную суточную и сезонную

ритмику с формированием полной и стойкой алибидемии, но не зависящий от воздействия внешних факторов. У пациентов с невротической депрессией расстройства полового влечения могут возникать на фоне достаточно выраженных компенсаторных возможностей личности, умеренных поведенческих и сомато-вегетативных расстройств. Снижение либидо носит транзиторный характер, клинически не превышая уровня гиполибидемии. В рамках неврастении расстройства полового влечения отмечаются через 2–4 месяца после появления у больных выраженных невротических симптомов. Нарушения либидо возникают на фоне астенической симптоматики и зависят от ее выраженности. Для нарушений полового влечения при органических психических расстройствах характерна определенная динамика в виде стойкого снижения либидо, в меньшей степени зависящего от внешних условий. При небольших нагрузках пациенты не находят в себе сил и желания вступать в интимные контакты. Важным дифференциально-диагностическим критерием, отличающим расстройства сексуального влечения при астенических расстройствах от проявлений, характерных для аутохтонной астении при шизотипическом расстройстве является их тесная связь с изменениями психической деятельности. В этом случае нарушения либидо и половой активности, непреходящие и независящие от внешних влияний, отмечаются на фоне замедления психических процессов, тесно связанных с расстройствами мышления. Больным тяжело сосредоточиться на сексуальном контакте, интимное общение требует большого напряжения физических и умственных сил. Изучение расстройств полового влечения с определением их клинических особенностей является важным диагностическим критерием для квалификации психической патологии и выработки адекватной терапевтической и реабилитационной программы. При нарушениях либидо в рамках эндогенной депрессии ведущим методом терапии было назначение антидепрессантов разными курсами в зависимости от клинико-динамической ситуации. У пациентов со снижением либидо на фоне невротической депрессии лечение начинается психотерапией, при недостаточной эффективности малыми курсами (2 – 4 недели) применяются антидепрессанты. При неврастении терапевтические мероприятия включают комбинацию психотерапии и антиастенической терапии. Основным методом

терапии у больных с нарушениями полового влечения при органических психических расстройствах являются нейрометаболиты. При нарушениях либидо у пациентов с шизотипическим расстройством назначаются нейролептики.

Концепция научных основ современной системы психиатрической помощи: союз науки и практики

Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихина И.А.

ФГБНУ НЦПЗ РАН, г. Москва

Анализ работ отечественных психиатров показывает, что формирование системы психиатрической помощи определялось развитием психиатрической науки и практики. Применение с середины 50-х гг. прошлого столетия нейролептиков во многом способствовало изменению клинической картины психических заболеваний, стереотипа их течения, созданию благоприятной почвы для проведения реабилитационных мероприятий. К 80-м годам прошлого столетия в нашей стране была создана разветвлённая сеть психиатрических стационаров, внебольничных учреждений, подразделений полустационарного и реабилитационного профиля, что позволило говорить о наличии системы психиатрической помощи, которую могли получать все нуждающиеся в ней категории населения. Масштабные социально-экономические и политические перемены в России, начало которых относится к последнему десятилетию прошлого века, оказали негативное влияние на состояние психического здоровья населения. В этот период в структуре психической патологии появились расстройства, обусловленные социальным стрессом.

Комплексный анализ современных тенденций развития психиатрической службы, показал необходимость междисциплинарного, системного подхода к изучению факторов, которые влияют на состояние психического здоровья населения, уровень и качество оказываемой психиатрической помощи, позволяют определять перспективные направления развития психиатрической службы. По нашему мнению,

такая постановка вопроса расширяет подходы к развитию научных основ организации психиатрической помощи.

Под дефиницией «научные основы организации психиатрической помощи» помощи мы понимаем направление психиатрии, целью которого является изучение закономерностей формирования психического здоровья населения, определение факторов, влияющих на образование различных контингентов лиц с психическими расстройствами, а также на организационную и функциональную структуру психиатрических служб.

К приоритетным направлениям научно-практических исследований относятся: 1) мониторинг психического здоровья населения; 2) динамическая оценка эффективности деятельности служб психического здоровья; 3) оценка и выбор оптимальных решений для совершенствования помощи и профилактики психических расстройств.

Выполнен системный анализ основных концептуальных моделей организации психиатрической помощи, к числу которых относятся: концепции психосоциальной реабилитации, обеспечения качества психиатрической помощи, современных подходов к диагностике и классификации психических расстройств. Показано, что наряду с традиционными методами научных исследований для решения поставленных задач в рамках системного подхода необходимо использовать метод анализа иерархий (МАИ) – современный метод теории принятия решений. Представлены результаты, полученные в ходе реализации разработанной программы исследований в рамках сформулированных приоритетных направлений организации современной психиатрической помощи.

Материалы I Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием
«УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА ПСИХИАТРИИ:
СОЮЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ»,
г. Москва, 25 мая 2016 г.

Сборник тезисов под общей редакцией
доктора медицинских наук А. А. Шмиловича

Редакторы А.Я. Басова, А.В. Соколов
Компьютерная верстка и дизайн А.В. Соколов

Отпечатано ….
Тираж….. экз. Заказ ….
Подписано в печать ….05.16

ПРО-АКТИВИРУЮЩИЙ АНТИДЕПРЕССАНТ:

преимущества[1] при апатических и астенических депрессиях[2]

Регистрационный номер: П N011787/01

- Наиболее сильная норадренергическая активность среди доступных СИОЗСиН*
- [1]В 2 раза (p<0,05) превосходит пароксетин по способности снижать психомоторную заторможенность(ПЗ) у пациентов с депрессией и ПЗ >3 баллов по шкале Гамильтона**
- [2]Депрессии с симптомами снижения концентрации внимания, психомоторной заторможенностью, дефицитом энергии, апатией, усталостью**

сотекс

Официальный партнер ЗАО «ФармФирма «Сотекс»
Адрес: 115201, Москва,
Каширское ш. 22, корп. 4, стр. 7
Тел.: +7 (495) 231-1512
Факс: +7 (495) 231-1509
www.sotex.ru

РЕКЛАМА

* Briley M et al. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2010; 6:647-655.
Kasper S et al. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2011:7 (Suppl 1) 21–27.
** Kasper S et al. Neuropsychiatr Dis and Treat. 2010; 6 (Suppl 1):23-31.
IXEL® Summary of Product Characteristics. Pierre Fabre Medicament. 2012.
Poirier MF et al. Human Psychopharmacology Clin Exp 2004; 19:1-7.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

Генеральный спонсор

сотекс

Спонсоры

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

SERVIER

Официальный провайдер

DA SIGNA
АГЕНТСТВО МЕДИЦИНСКИХ КОММУНИКАЦИЙ