



НЕВРОЗЫ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ. НОВЫЕ КОНЦЕПЦИИ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

сборник тезисов
научно-практической конференции
с международным участием,
3-4 февраля 2011 г, Санкт-Петербург



Министерство здравоохранения и социального развития России
Российское общество психиатров (РОП)
Российская психотерапевтическая ассоциация (РПА)
Бехтеревское общество психиатров Санкт-Петербурга
Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

НЕВРОЗЫ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ. НОВЫЕ КОНЦЕПЦИИ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Сборник тезисов
научно-практической конференции
с международным участием,
3–4 февраля 2011 г., Санкт-Петербург

Санкт-Петербург
2011

УДК: 616.85-07-08

Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием, 3–4 февраля 2011 г., Санкт-Петербург / Под общей редакцией профессоров Н.Г. Незнанова и Б.Д. Карвасарского. — СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. — 287 с.

Научные редакторы: Ю.В. Попов, Е.И. Чехлатый,
Р.К. Назыров, Н.В. Семенова, Н.С. Медведева

Предлагаемое читателю издание материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии» содержит труды отечественных ученых и практиков в области невротических расстройств. Сборник включает в себя опыт работы психиатров, психотерапевтов, наркологов, неврологов, психологов и организаторов здравоохранения. В нем отражены наиболее перспективные и значимые научные направления терапии невротических расстройств, а также рассматриваются вопросы их диагностики и реабилитации пациентов.

Издание адресовано врачам-психиатрам, неврологам, психотерапевтам, психологам, врачам общей практики, организаторам здравоохранения и всем специалистам, интересующимся данной проблематикой.

ISBN: 978-5-94651-057-8

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011

Предисловие

Конференция посвящена одной из наиболее сложных областей современной медицины — расстройствам невротического уровня.

Само определение научных проблем конференции встретило трудности, поскольку сегодня существуют две различные точки зрения на неврозы: как самостоятельную нозологическую группу пограничной области медицины со своими этиопатогенетическими механизмами и как расстройства общепсихопатологического невротического регистра, которые наблюдаются при самых различных, и не только психических, заболеваниях. Возможно, это и есть главный вопрос конференции, который станет предметом обсуждения специалистами нашей страны и зарубежных стран.

Традиционно для санкт-петербургской (ленинградской) психиатрии рассматривать неврозы с нозологических позиций, с реализацией для этого принципов «позитивной» и «негативной» диагностики.

Вне зависимости от разрешения главного вопроса о нозологической сущности невроза, эта клиническая область является частью психиатрии, находящейся, с одной стороны, на границах медицинских дисциплин, а с другой — на границах нормы и патологии. Речь может идти о степени зрелости самой клинической психиатрии и ее способности решать все проблемы современной медицины с позиций биопсихосоциальной парадигмы, о взаимодействии с общей медициной и здравоохранением.

С другой стороны, проблема неврозов традиционно взаимосвязана с психотерапией, и степень ее разрешения может явиться важным показателем зрелости самой психотерапевтической специальности, также имеющей междисциплинарный характер, которая является частью психиатрии и одновременно решает более широкие задачи охраны психического здоровья с позиций общей медицины.

Нозологическое понимание невроза создало предпосылки к возникновению научно обоснованных для своего

времени психотерапевтических подходов. В настоящий период на основе биопсихосоциального понимания болезни и лечения начинает формироваться клиническая психотерапия, способная в будущем отвечать требованиям доказательной медицины.

Неврозы больше, чем другие заболевания, приближают нас к пониманию механизмов и источников клинического патоморфоза болезни, поскольку они являются в высокой степени социально обусловленными, зависящими от общественного сознания, и изменение клинико-биологических характеристик заболевания происходит здесь быстрее.

Исследование проблемы неврозов важно и с точки зрения понимания этиопатогенетических механизмов коморбидности, связи неврозов с соматическими и психическими заболеваниями и зависимостями.

Решение проблемы неврозов будет способствовать научной аргументации в области стандартизации психотерапевтической помощи, которая на основе клинических позиций может сегодня рассматриваться в трех плоскостях: нозологической сущности, синдромологической дифференциации и особенностей клинических проявлений болезни.

Неврозы являются хорошей моделью и для научного обоснования биопсихосоциального лечения, сочетающего биологические методы, современную психофармакотерапию с психотерапией и другими методами психосоциального воздействия и адаптации. Успехи в изучении больных неврозами сопряжены с созданием современной модели профессиональной адаптации и трудовой реабилитации, которые требуют серьезного реформирования.

В качестве пограничной области с психологией учение о неврозах будет оптимизировать разработку целого ряда прикладных психологических дисциплин и клинической психологии в особенности.

Рассмотрение современной неврологии как части психиатрии способствует оптимизации подготовки специалистов, охране их психического здоровья, определяя объем

знаний, необходимых психиатрам, психотерапевтам и другим специалистам.

Дальнейшее изучение проблемы неврозов позволит лучше увидеть роль общественных институтов в сохранении здоровья, в первую очередь семьи и ближайшего окружения, с позиции качества жизни.

Директор Санкт-Петербургского
научно-исследовательского
психоневрологического института им. В.М. Бехтерева,
Председатель Российского общества психиатров,
Главный специалист-эксперт
по психиатрии Росздравнадзора,
доктор медицинских наук, профессор

Н.Г. Незнанов

Невротические и неврозоподобные расстройства: опыт мультидисциплинарного исследования в клинических и терапевтических целях

Б.Д. Карвасарский

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

1. Результаты более чем 50-летнего исследования больных с невротическими расстройствами в специализированной клинике Института им. В.М. Бехтерева позволяют коснуться ряда спорных вопросов учения о неврозах. Исторически для этой клиники характерны мультидисциплинарные исследования больных: клинико-психопатологические, катанестические, клинико- и экспериментально-психологические, нейропсихологические, нейрофизиологические, нейрохимические, лучевая диагностика и др.

2. Отказ от понятия «невроз» в МКБ-10 помимо других причин может объясняться клиническим патоморфозом невротических расстройств, который начал заметно проявляться с 50–60-х годов прошлого столетия в виде исчезновения границ между основными клиническими формами неврозов, их соматизации, возрастающих трудностей отграничения по одним лишь психопатологическим данным собственно невротических расстройств от неврозоподобных, в том числе из-за так называемого «ложного патоморфоза», тенденции к многомерности невротических (психологических) конфликтов. Отчетливо проявилось изменение соотношения невротических и неврозоподобных расстройств. Уменьшалось число «чистых» неврозов, составляющих в 1960–1965 годах 62%, в 1966–1970 — 65%, в 1971–1976 — 57%, в 1977–1981 — 51%, в 1987–1988 — 57,8%, в 2008–2009 — 42%.

3. Потребовалось еще более жесткое следование принципам «негативной» и «позитивной» диагностики неврозов в их взаимосвязи. Блестящий отечественный психиатр-психопатолог, специалист в области погранич-

ных состояний Н.И. Фелинская писала, что в этом случае речь идет о той группе заболеваний, для которых в полной мере адекватен, с одной стороны, психопатологический анализ, а с другой — психологический подход. Если учет принципов «негативной» диагностики требует включения в число собственно невротических расстройств обратимых нарушений нервной системы, при которых современными методами исследования исключаются органические изменения, то «позитивная» диагностика предполагает установление психологически понятной связи между особенностями личности больного, характером психотравмирующей ситуации и клиническими проявлениями заболевания.

4. В настоящее время только такой диагностический подход может способствовать дальнейшему изучению невротических механизмов, адекватному лечению, обоснованному соотношению психотерапии, психофармакотерапии и других видов биологической терапии. При этом предлагается классификация расстройств невротического регистра, оправдавшая себя в нашей клинике: 1) невротические расстройства (неврозы); 2) невротические расстройства, возникающие на фоне резидуально-органических изменений головного мозга; 3) сочетания невротических расстройств с другими заболеваниями; 4) невротическая фиксация клинических проявлений различных заболеваний; 5) неврозоподобные расстройства, а также: 6) особая группа больных с так называемой спонтанной ремиссией алкоголизма, число которых растет. В ее становлении значительную роль играют невротические механизмы, конфликт двух потребностей: алкоголизации и соблюдения социальных норм или субъективных эталонов поведения. Фобические и ипохондрические проявления невроза играют защитно-приспособительную роль, стабилизирующую спонтанную ремиссию алкоголизма. Очевидно, что целенаправленная, эффективная терапия невозможна без учета всех указанных выше клинических вариантов расстройств.

5. Известному российскому интернисту И.А. Кассирскому принадлежат следующие слова: «Мы, терапевты, являемся основной армией врачей, которые принимают на себя фронтальные атаки больных, страдающих неврозами». Это верно и сегодня и прежде всего касается врачей общей практики. Необходимо лишь уточнить, что на прием к ним приходят все указанные выше группы больных, в меньшей степени с «чистыми» неврозами в связи с лучшей организацией психотерапевтической помощи в последний период. Ситуация становится особенно трудной из-за реформирования первичной медицинской сети, отсутствия необходимой подготовки врачей общей практики, пренебрежения в их обучении концептуальными классификациями больных невротического регистра, чрезмерной установкой на МКБ-10. Это же относится к соматоформным вегетативным дисфункциям, которые также требуют клинико-нозологической дифференциации.

6. В нашей клинике в течение нескольких последних десятилетий изучались больные с невротическими расстройствами внутренних органов: сердечно-сосудистыми, дыхательными, желудочно-кишечными и др. Катамнез этих больных составил 10–25 лет. Помимо клинико-терапевтических целей катамнестическое изучение имело научное значение, в том числе для определения соотношения между невротическими соматическими расстройствами и так называемыми психосоматическими органическими заболеваниями. Как оказалось, развитие невроза чаще всего включает его коморбидность с «большой» психосоматикой (Ю.М. Губачев). Клинические и катамнестические исследования В.Б. Захаржевского позволили ответить на вопрос, почему обычно не наблюдается трансформации невротических соматических расстройств в психосоматические заболевания: «невроза сердца» в ишемическую болезнь сердца, «невроза дыхания» в бронхиальную астму и т. д. Более того, невроз в качестве своеобразного «страхования жизни» даже отдаляет или исключает развитие органических психосоматических заболеваний.

7. Требуют уточнения вопросы эпидемиологии неврозов, обоснованное решение которых позволит, в частности, прогнозировать объемы и характер психотерапевтической помощи и повышать ее эффективность. Вместе с тем точки зрения на распространенность и заболеваемость неврозами весьма противоречивы. Если одни авторы указывают на возрастание числа невротических расстройств из-за трудностей современной жизни и ее усложнения, то другие считают, что неврозов становится даже меньше. Вероятно, более точно можно говорить лишь о том, что становится больше не «чистых» неврозов, а в целом всей группы пограничных нервно-психических расстройств и их декомпенсаций. Об этом убедительно свидетельствуют данные клиники последних двух десятилетий. Следует вновь подчеркнуть, что отличительной чертой неврозов является их психогенный, личностный характер, возникновение под влиянием травмирующих психику жизненных ситуаций, конфликтов, противоречий. Однако если в лабораториях И.П. Павлова при экспериментальных неврозах у собак «трудности» и «болезнетворность» ситуации принимались за одно и то же, то у человека все зависит не столько от объективной сложности проблемы, сколько от субъективного отношения к ней, способности с нею совладать. Неслучайно поэтому в труднейшие годы Великой Отечественной войны при иных установках общественного сознания число неврозов существенно не возросло, и не столь часты они сегодня в периоды природных, техногенных и других катастроф.

8. Даже весьма краткое изложение отдельных проблем учения о неврозах показывает, что МКБ-10, будучи в основном статистической классификацией, не должна подменять собой концептуальные решения, в том числе имеющие значение для теории и практики невротических расстройств, одной из сложнейших биопсихосоциальных областей медицины и здравоохранения.

Индивидуальная патогенетическая психотерапия: современная модель

А.А. Александров

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, Россия*

1. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия преследует две основные цели: осознание интрапсихического конфликта и «проработку конфликта», то есть осознание того, как нарушенные отношения, лежащие в основе внутреннего конфликта, влияют на межличностные отношения. Проработка конфликта и закрепление на этой основе вновь приобретенных адаптивных стереотипов поведения приводит к реконструкции нарушенной системы отношений. Первая задача — «программа минимум» — в основном решается в процессе индивидуальной психотерапии. Однако, поскольку осознание пациентом патогенных конфликтов при неврозах имплицитно связано с коррекцией отношений, то и вторая задача — коррекция нарушенных отношений («программа максимум») — частично решается в процессе индивидуальной психотерапии. В полном же объеме решение этой задачи берет на себя групповая психотерапия, при которой проработка конфликта осуществляется в ситуации реального взаимодействия. Теоретически эти моменты достаточно хорошо проработаны в работах В.Н. Мясищева, Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова. В практическом же плане метод недостаточно разработан, особенно это касается «программы максимум»; до реализации идеи превращения патогенетической психотерапии в подлинную *«психотерапию отношений»* еще очень далеко.

2. Индивидуальная патогенетическая психотерапия (по крайней мере, в классическом ее варианте, который применялся в 60-е — 70-е годы прошлого века) по срокам проведения приближается к краткосрочной психотерапии (32–38 сеансов). Включение групповых методов лечения, нацеленных преимущественно на межличностную пробле-

матику с коррекцией нарушенных отношений, требует значительно более длительных сроков лечения. На практике же у нас групповая патогенетическая психотерапия проводится в те же сроки, что и индивидуальная психотерапия. Между тем Ирвин Ялом даже для «краткосрочной групповой терапии», как наиболее интенсивной, устанавливает срок в 60–70 сессий, а в клинике рационально-эмотивной психотерапии А. Эллиса в Нью-Йорке в структуре всего курса лечения групповая психотерапия занимает шесть месяцев!

3. С целью придания методу патогенетической терапии более динамичного характера для решения ее основных задач наши усилия были направлены на привлечение методов и технических приемов из других направлений психотерапии. Для осознания психологических механизмов болезни были выбраны методы гештальт-терапии, включая работу над сновидениями и фантазиями; для восстановления нарушенной системы отношений индивида, полноценности его личностного функционирования — методы рационально-эмотивной терапии А. Эллиса.

Что касается первой задачи, то, несмотря на концептуальные различия, цели патогенетической психотерапии и гештальт-терапии частично совпадают: это — осознание внутриличностного конфликта, осознание подавленных эмоций, «неоконченных дел» (осколков и фрагментов прошлых неразрешенных конфликтов), «противоположностей» (аналога конфликта). В результате интеграции техник гештальт-терапии метод приобретает более гармоничный характер за счет выравнивая баланса между логико-рациональным и эмоционально-катарсическим компонентами психогенетического анализа, рациональное осознание дополняется осознанием эмоциональным, что приводит к заметному сокращению сроков индивидуальной терапии. Это дает нам основание рассматривать разработанную модель в качестве «современной модели индивидуальной патогенетической психотерапии», которую мы определяем как краткосрочную конфликтцентрированную психотерапию. Она не ставит перед собой задачи кардинальной перестрой-

ки системы отношений, ограничиваясь осознанием и проработкой конфликта в процессе индивидуальной терапии.

Более пристальное рассмотрение методов когнитивно-ориентированной психотерапии привело к убеждению, что внедрение этих методов, вступающих в противоречие с практикой патогенетической терапии, ведет к отходу от психогенетического анализа, разрушает метод изнутри, подменяя глубинный анализ неосознанных отношений и конфликтов коррекцией ошибочных суждений.

Опыт Чувашского университета в подготовке специалистов, компетентных в области невротических расстройств

А.Ю. Александров, Е.Л. Николаев

*Чувашский государственный университет,
г. Чебоксары, Россия*

Современный образовательный и научный потенциал Чувашского государственного университета имени И.Н.Ульянова позволяет проводить эффективную подготовку по медицинским и психологическим специальностям и направлениям. Большим преимуществом Чувашского университета является то, что в этом университете классического типа одновременно представлены: медицинский факультет с его квалифицированными медицинскими кадрами и широкой сетью клинических баз в лечебно-профилактических учреждениях г. Чебоксары и республики, а также факультет психологии и управления, на кафедрах которого преподавательскую деятельность ведут дипломированные психологи с опытом практической работы. Такой сплав возможностей фундаментальной подготовки в области психологии и медицины и свободного доступа к современным научным и лечебно-диагностическим технологиям является уникальным для региона и помогает решать вопросы качественной подготовки специалистов, высоко востребованных в современном здравоохранении.

Невротические расстройства при обучении студентов по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Сестринское дело» в аспекте диагностики и лечения рассматриваются при изучении дисциплины «Психиатрия». Однако несколько ранее, в рамках курса медицинской психологии, студенты знакомятся с психологическими факторами неврозогенеза. Студенты-психологи получают более глубокую подготовку в сфере психосоциальных факторов возникновения невротических расстройств при изучении дисциплин «Клиническая психология», «Основы психиатрии», «Основы психотерапии», «Психологическая коррекция и психопрофилактика» и др. Вся полученная на лекциях информация закрепляется на практических занятиях, проводимых на амбулаторной базе Республиканского психотерапевтического центра и стационарного психосоматического отделения Республиканской психиатрической больницы. Проблематика невротических расстройств в университете также изучается студентами, обучающимися по специальности «Юриспруденция».

Обобщение имеющегося научного и образовательного опыта университета в области невротических расстройств регулярно проводится на страницах ежеквартального издания «Вестник Чувашского университета», а также в специализированном издании Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов «Вестник психиатрии и психологии Чувашии», редколлегия которого полностью представлена преподавателями университета.

Особенности аффективного контроля у учителей и врачей как мишени психотерапии и психопрофилактики

Д.В. Александров, Е.Л. Николаев

*Чувашский государственный университет,
г. Чебоксары, Россия*

Состояние аффективной сферы личности характеризует ее гармоничность или ее дезадаптацию. Психологиче-

ские характеристики профессиональной деятельности нередко вплетаются в структуру внутрилличностного конфликта, а потому тесно связаны с задачами психотерапии.

В данном исследовании при помощи опросника В.К. Зарецкого изучались психологические особенности запрета на выражение чувств у учителей и врачей (148 испытуемых). Выявлено, что в обеих группах испытуемых меньше подвергается контролю чувство радости, больше – гнева, что отражает распространенные социально приемлемые модели поведения. Максимальные различия выявлены в запрете на проявление позитивного чувства радости ($t = -2,73$; $p = 0,007$), который в большей степени выражен у врачей. В связи с чем можно предположить, что ежедневная близость врача с человеческой болью и страданиями, наблюдение за быстрой переменчивостью состояния человека, относительность понятий «здоровье» и «болезнь» способствуют развитию и усилению в нем таких личностных свойств, как сдержанность, осмотрительность, ответственность за эмоциональную окраску своего поведения.

Врачи также в большей мере, чем учителя, склонны к подавлению негативного чувства печали ($t = -2,87$; $p = 0,005$), что может носить защитный характер, как для личности самого специалиста, так и для окружающих его больных и коллег. Различий по запрету на выражение гнева и страха между учителями и врачами не выявлено ($p = 0,061$ и $p = 0,797$). Общая оценка запрета также не определяет разницы между двумя группами испытуемых ($p = 0,535$).

При изучении специфики эмоционального контроля у испытуемых с низким уровнем здоровья определены достоверные различия. Так, при низком уровне здоровья запрет на выражение чувств более выражен у врачей. Это прослеживается по всем шкалам, фиксирующим ограничения на спонтанное проявление как положительных, так и отрицательных эмоций.

Итак, определены психологические особенности аффективной сферы испытуемых, выступающие в роли ограничительных механизмов, которые могут носить как адап-

тивный, так и дезадаптивный характер. Эти результаты помогают лучше оценить внутригрупповую специфику эмоциональных ограничительных проявлений у представителей данных профессий и могут быть использованы для определения мишеней при разработке программ психотерапии и психопрофилактики.

Особенности супервизии в последиplomной подготовке психотерапевтов

Н.В. Александрова, М.Ю. Городнова

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, Россия*

На сегодняшний день супервизия является обязательным компонентом обучающих программ усовершенствования по специальности психотерапия, но создание института супервизии в стране остается в стадии становления.

Проведенный на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии анализ 100 анкет слушателей, проходивших обучение на циклах профпереподготовки, общего и тематического усовершенствования в 2010 году, позволил установить, что наибольшая востребованность в супервизии характерна для врачей-психотерапевтов (48,6%). Средний стаж их работы по специальности составил 10,8 года. При анализе 183 опросников «Лист участника группы супервизии», заполненных слушателями, было установлено: первые участвовали в работе супервизионной группы 25,5% психотерапевтов; опыт личной супервизии имели 37,3% психотерапевтов, при этом опыт прохождения супервизии они приобрели, обучаясь конкретному методу психотерапии (психоанализ, символдрама, гештальт-терапия и др.).

Психотерапевты, проходящие усовершенствование на кафедре, как правило, имеют опыт проведения психотерапии в разных направлениях, методах и моделях психотерапии. В связи с этим возникла необходимость создания универсальной обучающей модели супервизии, которая позволила

бы, с одной стороны, помочь супервизируемому в осознании особенностей своей психотерапевтической работы, а с другой — решала бы методические и обучающие задачи. Разработанная на кафедре модель супервизии в группе отвечает поставленным задачам и оптимизирует учебный процесс. Модель включает в себя шесть этапов и задействует каждого участника группы. Участник группы, лишенный возможности задавать вопросы и отреагировать чувства в ходе работы супервизируемого, активно рефлексировал свои мысли и чувства, внося их в бланк «Лист участника группы супервизии». По завершении работы группы каждый участник проговаривает собственное осознание своей профессиональной деятельности и профессиональных качеств. «Полезность» супервизии отметили 100% участников группы, планируют пройти супервизию в будущем 84,2% респондентов, что указывает на рост понимания супервизии как необходимого условия профессионального становления и роста.

Проблема комплайенса у пациентов с депрессивными расстройствами и сексуальными дисфункциями

Б.Е. Алексеев, И.М. Белоус

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, Россия*

В настоящее время проблема комплайенса актуальна в связи с задачами повышения эффективности лечения, реабилитации и улучшения качества жизни пациентов и профилактики рецидивов. Важными факторами, влияющими на уровень приверженности назначенному препарату, считаются выраженность побочных эффектов, наличие опасений, связанных с приемом психотропных средств, степень поддержки членами семьи, качество терапевтического альянса с врачом.

Сексуальные дисфункции могут предшествовать депрессии, в этом случае они являются самостоятельными расстройствами, могут выявляться в структуре депрессивного расстройства как симптом или возникать как побоч-

ный эффект лечения аффективного состояния психотропными препаратами. Самым частым нарушением сексуальной функции при депрессивных расстройствах считается снижение либидо. Нарушения сексуальной функции, связанные с приемом антидепрессантов, чаще проявляются задержкой семяизвержения и нарушениями оргазма, реже снижением либидо и нарушением lubricации и эрекции.

Сексуальные дисфункции, наряду с другими побочными эффектами лекарственной терапии, приводят к снижению приверженности к лечению при различных психических заболеваниях. Больше половины пациентов, имеющих жалобы на сексуальную функцию, не сообщают об этом врачу; 42% мужчин и 15% женщин с депрессивными расстройствами самостоятельно прекращали прием медикаментов, связывая с ними ухудшение сексуального функционирования. Вместе с тем пациенты, полностью придерживающиеся режима терапии, часто страдают от снижения качества жизни, обусловленного ухудшением сексуального функционирования.

Наше исследование показывает, что в целях формирования у пациентов гармоничного отношения к лечению необходимо проявлять врачебное внимание к состоянию их сексуальной функции и с помощью прицельного опроса проводить оценку ее состояния до начала и во время лечения, а также необходимо более фокусно проводить комплайнс-терапию для каждого пациента с включением в поле зрения его сексуальной сферы.

К вопросу о дифференциальной диагностике истериформных и истерических расстройств у детей

А.Е. Алексеева

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

Анализ научной литературы, касающейся истерических расстройств, недостаточно отражает наличие четких критериев для отграничения истериформных состояний.

В настоящее время в основном мы можем опираться в своих наблюдениях на сформулированный В.Я. Семке (1988) дифференциально-диагностический комплекс (ДДК) для разграничения истерических и истериформных расстройств, включающий в себя три основные группы критериев: этиологические, патогенетические, клинико-динамические. Наблюдая отдельных пациентов, приходится сталкиваться с переплетением ряда клинических параметров, которые могли бы соответствовать как истерическим проявлениям, так и истериформным, даже с учетом отграничения при помощи ДДК, что оставляет ряд вопросов в отношении окончательного определения состояния.

Необходимо отметить, что вопросы дифференцирования истериформных и истерических расстройств тем сложнее, чем младше ребенок. Среди дифференциальных критериев одним из значимых является оценка личностных особенностей ребенка в преморбидном периоде. У детей до наступления пубертатного возраста невозможно прибегнуть к помощи стандартизированных методик для определения личностных особенностей, которые бы явились объективными данными. Возникает риск появления субъективной оценки личностной предрасположенности у пациентов младшего возраста, когда черты личности не носят яркой выраженности. Анамнестические данные врач получает со слов близких родственников, чаще от матери, что в свою очередь отражает субъективность сведений, касающихся личностных особенностей ребенка и может быть следствием попыток приукрасить или скрыть важные факты его поведения или реакций. «Выгодность» болезни и непереносимость той или иной микроситуации, на наличие которых также следовало бы опираться в оценке состояния, не во всех клинических примерах у детей, в силу распространенности нарушений детско-родительских отношений или других негативных социально-педагогических факторов, по нашему мнению, являются четкими дифференциальными критериями. Выгода от болезни, в том или ином ее проявлении, может иметь место у ребенка и в случае истериформно-

го расстройства, и при истерическом состоянии. Высказанные утверждения предполагают дополнение дифференциальных критериев изучением типологии истериформных расстройств у детей, что окажет влияние на более точную их диагностику.

**Невротические и неврозоподобные расстройства:
нейрофизиологическая, нейропсихологическая,
лучевая и нейрохимическая диагностика**

Н.И. Ананьева, И.Н. Бабурин, Е.Е. Дубинина, Т.А. Караваева,
В.Б. Слёзин, Н.А. Соколян, Е.И. Чехлатый

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

В целях дифференциальной диагностики двух основных групп больных, поступающих в отделение неврозов в настоящее время, — с собственно невротическими и неврозоподобными расстройствами на резидуально-органической почве, традиционное клиническое исследование было дополнено лабораторным.

1. С помощью нейрофизиологического метода (ЭЭГ) обследован 141 больной: 80 — с невротическими и 61 — с неврозоподобными расстройствами (резидуально-органические изменения головного мозга), и 24 здоровых лица (контрольная группа). Проводился спектральный анализ ЭЭГ. Данные спектрального анализа основных ритмов ЭЭГ свидетельствуют о том, что для пациентов с невротическими и неврозоподобными расстройствами характерны: 1) общие, универсальные (нозонеспецифические) изменения ЭЭГ, отражающие нарушение интегративной деятельности мозга (снижение спектральной мощности альфа-ритма и его частоты, повышение мощности бета-ритмов); 2) специфические изменения (повышение мощности тета-ритма в правой височной области), вероятно обуславливающие возникновение симптоматики, независимо от того на какой основе — психогенной или органической — она развивается; 3) отличительной особен-

ностью пациентов с неврозоподобными расстройствами от пациентов с невротическими нарушениями является повышение мощности дельта-ритма, что может указывать на более глубокие, патологические изменения, в том числе и структурные.

2. Нейропсихологическое исследование проводилось с помощью методики А.У. Тархан. Обследованы 135 больных: 100 человек с невротическими расстройствами и 35 — с неврозоподобными. Комплексный анализ данных (сравнение средних показателей, корреляционный анализ) указывает на большую выраженность изменений у больных с неврозоподобными расстройствами. Выявленные нарушения отдельных функций не укладываются в рамки каких-либо четко очерченных нейропсихологических синдромов, а представляют собой их элементы. Наличие более выраженных нейропсихологических симптомов является существенным диагностическим признаком при выявлении неврозоподобных расстройств, тогда как правополушарный тип функциональной межполушарной асимметрии головного мозга характерен для невротических расстройств. Эти данные могут учитываться при их разграничении.

3. Лучевая диагностика (МРТ). Обследованы 146 больных: 79 — с невротическими и 67 — с неврозоподобными расстройствами. По 10-ти из 16 показателей МРТ головного мозга, в тенденции, отмечена большая выраженность церебральной дефицитарности в группе с неврозоподобными расстройствами. Индекс IV желудочка (И4Ж) в группе с органическими расстройствами оказался достоверно больше.

Вероятно, это объясняется тем, что на дне IV желудочка находится ряд вегетативных ядер продолговатого мозга. Благодаря активации нейронов этих ядер осуществляется рефлекторный контроль дыхания, частоты сосудистых сокращений, тонуса сосудов. Нервные клетки сосудодвигательного и дыхательного центров находятся в ретикулярной формации в области IV желудочка. Известно, что вегетативные нарушения облигатны для расстройств невротического регистра как психогенной, так и непсихогенной

природы, поскольку ретикулярная формация, обладая тонирующим и тормозным влиянием на кору головного мозга, определяет в целом функциональное состояние нейродинамики.

4. В качестве пилотных проведены биохимические исследования 88 человек: 50 — с невротическими расстройствами, 25 — с неврозоподобными и 13 здоровых лиц (контрольная группа). Были проанализированы отдельные показатели белкового, липидного и углеводного обмена в крови больных. На фоне повышенного уровня кортизола наблюдалась тенденция к изменению общего метаболического фона, а именно, к понижению ряда биохимических показателей крови (глюкоза, креатинин, общий белок, липопротеины низкой плотности, триглицериды, аполипопротеин В, мочевины) по сравнению с группой здоровых людей. У больных с невротическими нарушениями по сравнению со здоровыми людьми отсутствует возрастное повышение отдельных показателей липидного обмена, которые являются критериями метаболического синдрома, что, по всей вероятности, может способствовать замедлению развития характерной возрастной патологии. Возможно, для этой категории больных характерен более замедленный уровень метаболических процессов, что обеспечивает сохранение функциональной активности жизненно важных систем и поддержание длительного существования организма.

Таким образом, результаты электроэнцефалографических, нейропсихологических данных и лучевой диагностики могут использоваться для более дифференцированного разграничения невротических и неврозоподобных расстройств и углубления наших представлений об их механизмах. Биохимические данные в известной мере подтверждают имеющиеся в литературе указания о соотношении между «большими» и «малыми» психосоматическими расстройствами (органического и невротического характера).

Ранняя ипохондрия невротических расстройств как предиктор затяжного течения

Е.Ю. Антохин, В.К. Авеличев

*Оренбургская государственная медицинская академия,
Оренбургская областная клиническая психиатрическая
больница № 1, г. Оренбург, Россия*

Анамнез больных с затяжными невротическими расстройствами и невротическим развитием (120 пациентов) позволяет говорить о ранней ипохондрии невротических расстройств с активным включением в клиническую картину ипохондрических проявлений уже на стадии острого невротического расстройства, что способствовало ускоренной хронификации состояний. Выделены факторы ранней ипохондрии. Клинико-психологические: превалирование на стадии острого состояния тревожно-депрессивных расстройств со смещением субъективного восприятия на вегетативную составляющую симптомов с патопрогностическим профилем адаптивности психологических механизмов и копинга и дисгармоничностью личности; патологизирующее семейное наследование опыта и «мифов», мультифакторность психогений; коморбидное влияние минимальной мозговой дисфункции вследствие органического поражения головного мозга. Биологические: мужской пол, возраст (до 20 лет и после 45 лет). Ятрогенные, псевдоятрогенные, информационные: оказание помощи на стадии острого невротического расстройства без учета психогенного фактора (врачами-интернистами); отрицательное влияние парамедицины, малоквалифицированная подача медицинской тематики в средствах массовой информации, с нередко односторонней негативной оценкой официальной медицины. Макросоциальные: снижение социальной защиты населения со стороны государства в сочетании с ростом стоимости медицинских услуг при низкой материальной обеспеченности граждан, приводящее к предпочтительному выбору (не только рентному, но и бессознательному) ин-

валидации, смещение акцентов на вторичную и третичную психопрофилактику и вытеснение первичной психопрофилактики.

Пути преодоления ранней ипохондризации: расширение в общесоматической сети психолого-психотерапевтической службы с акцентом, помимо лечебно-диагностической работы, на профилактику ятрогенных воздействий; разработка специальных психообразовательных программ, методов психотерапии для пациентов с риском ранней ипохондризации больных; создание психотерапевтической среды с минимальной госпитальной атрибутикой, с приоритетом внебольничных форм терапии на стадии оказания специализированной помощи; профилирование лечебных психотерапевтических подразделений, направленное на разведение потоков пациентов с первичными острыми случаями заболевания и с повторными хроническими; более активное участие квалифицированных врачей в популяризации официальной медицины через средства массовой информации; развитие широкой сети организаций (как государственных, так и, в первую очередь, общественных), занимающихся социальной поддержкой граждан, испытывающих социальный стресс.

Психотерапия как фактор сохранения концепции невроза

С.М. Бабин

*Областной психотерапевтический центр ГУЗ «Оренбургская
областная клиническая психиатрическая больница № 2»,
г. Оренбург, Россия*

Постепенный переход в классификации психических расстройств от парадигматических подходов, основанных на описании так называемых «типичных случаев», к операциональным диагностическим системам, базирующимся на жестко сформулированных наборах признаков или симптомов, предопределил отказ от нозологического принципа в диагностике в пользу синдромального, или, скорее даже,

«симптомокомплексного». Помимо теоретических дискуссий в изменении подходов к классификации велико значение давления фармакологической индустрии, заинтересованной в продвижении конкретных препаратов для терапии конкретного расстройства, носящего, с точки зрения неврологии, скорее характер синдрома. В связи с этим из современных классификаций психических расстройств фактически исчезло понятие невроза, а наличие в названии раздела F4 МКБ-10 термина «невротические расстройства» является лишь уступкой некоторым профессиональным предпочтениям, причем довольно абсурдным по сути, так как далее этот термин нигде более не употребляется. Означает ли это, что традиционное понимание невроза постепенно уходит?

С нашей точки зрения, слепая фиксация исключительно на рубриках привычной классификации бессмысленна и бесперспективна. Но в этой связи для сохранения самого понимания неврозов особое положение приобретает именно психотерапия. Подход к диагностике, а главное — к психотерапии невротических расстройств напрямую связан с определенной личностной концепцией. Отсюда вытекает понимание нормы (в психотерапии — личности), патологии (в психотерапии — личностных нарушений) и логически следующее из этого представление о задачах и способах лечения.

Основные задачи психотерапии в рамках динамического направления заключаются не столько в симптоматическом улучшении, которое может соответствовать рубрикам МКБ-10, сколько в психологической коррекции личности, в реконструкции и восстановлении нарушенной системы отношений больного неврозом, что невозможно без целостного понимания невроза как особого клинического и психологического феномена. Именно этим подходам следует крупнейшая отечественная Санкт-Петербургская школа психотерапии, базирующаяся на психологии отношений и патогенетической концепции неврозов и психотерапии В.Н. Мясищева (1960, 1995) и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова (2000), являющейся ее дальнейшим развитием в современных условиях.

Библиотерапия в комплексном лечении больных с невротическими расстройствами

Н.Г. Бабина

НУЗ ОКБ на ст. Оренбург ОАО «РЖД», г. Оренбург, Россия

Несмотря на длительную историю библиотерапии, в современной профессиональной литературе этому методу уделяется мало внимания. В работе с больными с невротическими расстройствами нами используется такая форма библиотерапии, как чтение пациентами специально подобранной психологической литературы. Использование книг в работе психотерапевта обусловлено несколькими причинами:

1. Пациент, встречая в книге проблемы, сходные со своими, думает: «Не я один такой», а это сразу несколько успокаивает его.

2. Состояния, описанные в книгах, рассматриваются как рядовые проблемы, не связанные с «сумасшествием», поэтому человек начинает воспринимать свои трудности более трезво, без страха, связанного с мыслями о сумасшествии.

3. Часто в книгах используются истории людей, которые справились с трудностями, что придает уверенность в реальной возможности улучшения состояния.

4. Иногда приводимые рекомендации могут быть использованы пациентами в жизни, если они им кажутся близкими и понятными.

5. Если эти рекомендации или взгляды автора не принимаются пациентом — это хорошая тема для самостоятельного обдумывания или совместного с психотерапевтом дальнейшего обсуждения проблемы.

6. В процессе чтения расширяется так называемый «диапазон психологической приемлемости», у человека появляется возможность выбора решения там, где он раньше даже не задумывался его искать, так как считал, что только его точка зрения единственно возможная и правильная.

7. Когда человек беседует с психотерапевтом, неизбежно присутствует некий «прессинг авторитета», как бы

психотерапевт ни старался проявлять недирективность, а соответственно, выявляется внутреннее сопротивление пациента. При чтении книги оно минимально, так как у человека нет необходимости «защищаться».

8. Параллельное с психотерапевтической работой чтение психологической литературы позволяет ускорить сам процесс психотерапии, так как пациент приходит на сессии более подготовленным к работе.

В настоящее время с сожалением приходится констатировать, что такая форма библиотерапии является мало разработанной, несмотря на свою значимость и перспективность. Обилие на книжном рынке массы «околопсихологической» литературы, которая преподносится как научная, значительно затрудняет ее использование пациентами. Поэтому грамотный научный подход к библиотерапии мог бы намного улучшить качество психотерапевтической работы с применением психологической литературы.

Психокоррекционная работа с пациентами отделения пограничных состояний

Т.В. Бабинцева, М.В. Злоказова

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, Кировская государственная
медицинская академия, г. Киров, Россия*

В 2009 году в отделении пограничных психических состояний Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева был разработан и впервые проведен социально-психологический тренинг с элементами психообразования на тему «Психология мужчины и женщины», разработанный для рассмотрения особенностей взаимоотношения полов и конфликтов семейного и профессионального плана в контексте гендерного аспекта.

Тренинг состоял из 10 занятий (9 проводилось психологом и психотерапевтом, 1 — сексологом). В групповых занятиях приняли участие 30 пациентов с различной нозоло-

гией (личностные расстройства — 26,6%, невротические — 43,3%, органические — 16,9%, шизофрения — 13,2%). Возрастной состав участников варьировал от 20 до 46 лет, преобладали женщины (67%).

На первом занятии проводилась диагностика с использованием проективных методик (Егоров Б.Е., 2003) для выявления неосознаваемых личностных проблем, отношения к противоположному полу, взаимоотношений в семье. Пациенты рисовали человека, человека противоположного пола, он и она на одном листе и семью, после чего отвечали на стандартные вопросы письменно. Особое внимание уделялось анализу деталей рисунка, и прежде всего особенностям изображения основных частей тела.

В ходе диагностики были выявлены следующие проблемные зоны участников.

1. Нечеткость представлений о собственной личности — в 60,0% случаев (отсутствие лица, ушей, глаз, чрезмерно крупная шея или ее отсутствие, отсутствие рук или их ограниченная прорисовка, сохранность тела, но отсутствие ног).

2. Размытое представление о взаимоотношениях с противоположным полом — 40,0%. Фигуры были нарисованы повернутыми друг к другу в профиль или спиной друг к другу, что свидетельствовало о конфронтационных отношениях между ними.

3. Отношения между полами чаще всего носили краткосрочный характер, без определения долгосрочной перспективы. После выполнения рисунка «он и она» задавался вопрос: «Как долго продлится эта связь?» Вопрос определял срок, который человек установил для этих целей у себя в бессознательном. Большинство участников либо не поставили четкую цифру — 63,3%, либо указали 2–3 года — 36,7%.

4. Показателем конфликтных взаимоотношений в семье являлось отсутствие на рисунках отдельных членов семьи (16,7%), часто роль главы в семье отводилась одному из детей (23,3%) и т. д. При наличии хронических споров ребенок находился между родителями. Нарушение эмоциональ-

ных связей между супругами приводило к нарушению сексуальных отношений (при этом на рисунке отсутствовали ноги и тело).

На втором занятии происходило обсуждение выявленных проблем. Затем занятия проводились в виде беседы на тему «Психология мужчины и женщины». Два занятия были посвящены анализу сказок в контексте психологии мужчины и женщины. Участники тренинга объясняли действия различных персонажей сказок с точки зрения типов личности, определяли, какие типы конфликтуют, а какие сразу находят взаимопонимание. На предпоследнее занятие был приглашен сексолог, который провел беседу на тему «Половое воспитание и формирование сексуальности», затем ответил на многочисленные вопросы участников. Завершился тренинг обсуждением того, какие изменения произошли во взглядах и особенностях общения участников, пациенты также постарались наметить для себя направления, в которых надо продолжать работу над собой.

Данный тренинг позволил наиболее мотивированным участникам в максимально сжатые сроки выработать в условиях группы варианты решения собственных проблем, возникающих в процессе общения с противоположным полом. Остальные участники получили новую информацию о взаимоотношениях полов как от ведущих, так и от других членов группы. Определили, какой тип партнера противоположного пола им нравится, какого партнера они выбрали бы себе в супруги и многое другое.

Проведение социально-психологического тренинга с элементами психообразования способствовало улучшению эмоционального состояния пациентов, выработке новых стереотипов поведения, активизации коммуникативных навыков взаимодействия с противоположным полом, что положительно сказалось на клинике основного заболевания.

Невротические расстройства у детей раннего возраста

Е.А. Балакирева, И. Ндегва, Е.С. Махиня,
А.И. Балакирева, А.Ф. Неретина

*Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия*

В соответствии с задачами исследования был проведен анализ наиболее часто встречающихся пароксизмальных состояний у детей раннего возраста, находившихся под нашим наблюдением за период 1996–2008 гг. (363 случая).

Критерии включения: возраст до 3 лет, пароксизмальные состояния различного генеза, упоминание «судорожного синдрома», по поводу которого обращался пациент.

Критерии исключения: недостаточный анамнез, отказ родителей от обследования, лечения и включения в исследование.

В процессе первичного обследования в соответствии с разработанным нами алгоритмом были выделены следующие виды приступов: достоверно эпилептические — 9,5% (34), вероятно эпилептические — 19,8% (72), вероятно неэпилептические — 60,1% (218), достоверно неэпилептические 10,7% (39). Окончательно, число недифференцированных приступов в исследуемой группе сократилось с 88,4% до 4,1%, однако это потребовало неоднократного обследования и длительного динамического наблюдения, в результате которого в 95,9% случаев были выставлены окончательные диагнозы. Из них невротические расстройства были выявлены в 42 случаях (11,6%), пароксизмальные расстройства сна — в 39 случаях (10,7%), что позволило сократить и оптимизировать медикаментозную нагрузку. В 41 случае (11,3%) пароксизмы были расценены как поведенческие, в связи с чем лечение было полностью отменено.

Таким образом, у детей раннего возраста часть пароксизмальных состояний имеет невротический генез или маскируется под невротические расстройства. Дифференциро-

ванный подход к диагностике пароксизмальных состояний позволяет сократить медикаментозное лечение и назначить адекватную терапию.

Конверсионные расстройства в практике врача-невролога

О.А. Балунев, Л.В. Лукина, Л.И. Ситник, Н.Ю. Сафонова

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

Непрерывно ускоряющийся темп жизни и социальная нестабильность приводят в последнее десятилетие к нарушению функционирования личности в окружающем мире, что проявляется увеличением числа расстройств функционального спектра. Все чаще врачи-неврологи сталкиваются с нарушениями движений, памяти, зрения и т. д. конверсионного характера, что создает значительные трудности для диагностики, терапии таких больных, а также увеличивает сроки нетрудоспособности пациентов и материальные затраты государства на их лечение.

Наибольшие трудности представляет верификация функционального симптома у больных с сопутствующим органическим поражением головного мозга. В плане диагностики необходимо учитывать анамнестические сведения, преморбидные черты личности и ее функционирование в окружающей социальной среде, особенности возникновения и развития основного симптома (двигательные, чувствительные, зрительные, интеллектуально-мнестические, речевые и др.).

Нами были обследованы 50 пациентов с органическим поражением головного мозга, подтвержденным методами нейровизуализации, у которых при психологическом обследовании были выявлены различные конверсионные симптомы. Во всех наблюдениях был выявлен психотравмирующий фактор, являющийся причиной основного клинического симптома, который не купировался патогенетически

обоснованными медикаментозными препаратами. Так, например, при «болезни Паркинсона», которая манифестировала на фоне хронической, постоянно обостряющейся психотравмирующей ситуации, применение L-допы и других противопаркинсонических средств не оказывало положительного терапевтического эффекта или даже вызывало ухудшение состояния.

В план обследования пациентов с органическими заболеваниями головного мозга с длительно существующими и не поддающимися медикаментозной терапии жалобами, часто обращающихся за амбулаторной и стационарной помощью, необходимо включать экспериментально-психологическое обследование, консультации психотерапевта и психиатра.

**Применение психопрофилактической программы
«Экватор» на основе биологически-обратной связи
в условиях детского дневного
психиатрического стационара**

О.В. Баранова

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

Биологическая обратная связь (БОС) — это принцип, лежащий в основе организации самоуправления физиологическими функциями организма. Суть принципа БОС отражается в законе о том, что эффективность функционирования биологической системы зависит от скорости возврата и качества информации о работе этой системы. Этот закон справедлив на всех функциональных уровнях, включая самый сложный уровень деятельности центральной нервной системы, реализующий волевой контроль поведения.

Функциональное биоуправление дает возможность обучения произвольному изменению физиологических функций организма в нужном для оздоровительных целей психологическом и соматическом направлениях. При реализации метода функционального биоуправления происходит

регистрация физиологических параметров организма (при помощи специальной аппаратуры) и преобразование их в компьютере в сигналы обратной связи, которые человек воспринимает в виде звукового или зрительного ряда.

Психопрофилактическая программа «Экватор», применяемая в условиях детского дневного психиатрического стационара (ДДПС), позволяет обучать детей навыку произвольного повышения периферической температуры и достижению наиболее оптимального для обеспечения жизнедеятельности организма состояния и тем самым способствует формированию навыков релаксации и управления эмоциональным состоянием. Обучение происходит под контролем объективных физиологических данных, что позволяет выработать навык, максимально соответствующий индивидуальным особенностям каждого ребенка.

Направления обучения: 1. Повышение фоновых (средних) значений периферической температуры. В ходе обучения повышению периферической температуры происходит снижение сосудистого тонуса, психоэмоционального и мышечного напряжения. 2. Развитие навыка произвольного повышения периферической температуры. Позволяет обучающемуся применять его произвольно для коррекции психофизиологического состояния в ситуациях воздействия внешних или внутренних стрессовых факторов.

Программно-аппаратный комплекс, используемый для обеспечения функционирования программы «Экватор», представлен компьютерным индикатором «Терм-1», который регистрирует периферическую температуру и передает данные в компьютер, а также программным обеспечением, с помощью которого информация обрабатывается персональным компьютером (ПК) и выводится на экран монитора в виде постоянно изменяющегося графика.

Показания для применения психопрофилактической программы: коррекция эмоциональных нарушений; психосоматические заболевания; гипертензионный синдром; синдром дефицита внимания с гиперактивностью; посттравматическое стрессовое расстройство; снижение адапта-

ционных возможностей; профилактика вовлечения в потребление психоактивных веществ.

В условиях ДДПС, расположенного на базе общеобразовательной школы № 9, психопрофилактическая программа «Экватор» используется с сентября 2008 года. Занятия по данной программе были проведены с 45 школьниками в возрасте от 7 до 11 лет, имеющими пограничные психические расстройства, из них 64% составили мальчики. Преобладали дети с нарушениями активности и внимания — 36,1% и расстройствами психического развития — 33,2%, невротические расстройства регистрировались у 13,5%, органические астенические расстройства — у 18,7%.

Психопрофилактическая программа «Экватор» осуществлялась в два этапа:

1. Информационно-практический этап (6–8 занятий) проводился в виде групповых занятий. При этом у детей формировались представления о температуре тела и периферической температуре, работе организма в стрессовых ситуациях, происходило ознакомление с техникой мышечной релаксации как одного из способов повышения периферической температуры, с методами аутогенной тренировки, в доступной форме рассказывалось о температуре и мышечном расслаблении, демонстрировались различные состояния мышечного тонуса, проводились упражнения на релаксацию.

Для проведения занятий использовался наглядный материал (воздушные шары, мыльные пузыри и др.), мягкие игрушки, бумага, краски, карандаши, магнитофон с записями мелодий для релаксации.

По результатам работы на информационно-практическом этапе для каждого ребенка составлялся индивидуальный список эмоциональных образов (ситуаций) и телесных ощущений, соответствующих состоянию расслабления.

2. Практический этап (3–5 занятий) проводился в виде индивидуальных занятий. На данном этапе дети, посещающие ДДПС, обучались навыку произвольного повышения

периферической температуры с использованием компьютерного тренажера «Экватор».

Психофизиологический тренинг дети посещали с большим желанием. Наибольший интерес вызывали занятия непосредственно с использованием компьютерной программы, особенно в режиме «Солнышко» и «Калейдоскоп».

Успешность овладения навыками саморегуляции оценивалась по приросту температуры (разница между значением температуры на первом и последнем занятиях). Прирост температуры составлял от 0,6 до 5,0 °С. В процессе занятий значительно улучшалось психоэмоциональное и общее психофизическое состояние учащихся. При этом восстанавливалась способность «слышать», «ощущать» свое тело, дети фиксировали и обучались воспроизводить чувство физического комфорта, расслабления, что является важным компонентом в профилактике и терапии пограничных психических расстройств и психосоматических заболеваний.

Психопрофилактическая программа «Экватор» дает хороший эффект при использовании в комплексной реабилитационной программе детей с пограничными психическими расстройствами.

Возможности контент-аналитической диагностики при невротических расстройствах

В.А. Бардюркина, Е.Ю. Антохин

*Оренбургская государственная медицинская академия,
Оренбургская областная клиническая психиатрическая
больница № 1, г. Оренбург, Россия*

С целью выявления возможностей контент-аналитической диагностики при невротических расстройствах подвергнуты изучению материалы автобиографий, писем, рассказов, составленных пациентами (121 человек) по заданию психотерапевта. Автобиографии разделены на пять типов.

1-й тип — регрессивно-зависимый: содержал большой объем информации, свободный по стилю изложения, не все-

гда последовательно по времени, часто применялись сноски, возвращения в тексте на предыдущие жизненные события. Проективность метода подтверждалась бессознательным изменением почерка с признаками его регрессии при описании значимых психотравм. В процессе лечения ряд пациентов дополнял записи новыми воспоминаниями, вел дневниковые записи.

2-й тип — ригидно-педантичный: объемный по содержанию, вместе с тем изложение событий четко соответствует пунктам опросника. Стилль педантичный, отмечаются обстоятельность, застревание на значимых моментах, подкрепляемое негативно-аффективной речью. Выражена тенденция к сверхценным образованиям. Почерк имел особенности: лист самостоятельно разлиновывался, большинство букв имело «пилообразный» вид. Как и в 1-й группе, при изложении психогений почерк обретал признаки регрессии.

3-й тип — тревожно-избегающий: краток по изложению, с лаконичными ответами на пункты опросника, с избегающей тенденцией к раскрытию имеющихся переживаний. Пациенты длительно не могли приступить к работе, объясняя это «нежеланием заново теревить раны» и т. п., но выполнив работу, проявляли нетерпение в ее оценке.

4-й тип — алекситимно-формальный: с минимальным объемом изложения. Выполнение свелось к односложным ответам на вопросы, с отрицанием каких-либо жизненных коллизий, тенденцией к идеализации прошлого, с трудностями эмоционального отражения в письменной форме значимых событий, бедностью эмоционального лексикона, особенно при описании проявлений болезни.

5-й тип — конверсионный: в письменной форме работа выполнена в наименьшем объеме, но и этот материал не только в существенной мере отразил клинику, но и указал на четкую психогенность заболевания.

Таким образом, контент-анализ материалов больных с невротическими расстройствами помогает выявить личностную организацию, провести дифференциальную диагностику с неврозоподобными состояниями, благодаря

большей возможности, чем только клиническим методом, определения психогенных факторов, психологических защит, указывая психотерапевтические мишени для дальнейшей работы.

О работе Балинговской группы в условиях детского дневного психиатрического стационара

И.А. Бочарова

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

Балинговские группы — эффективный метод повышения профессиональных коммуникативных навыков, снижения профессионального стресса и «эмоционального выгорания».

Два года назад в детском дневном психиатрическом стационаре для снижения «эмоционального выгорания» сотрудников была организована Балинговская группа. Участники Балинговской группы встречались 1 раз в месяц. Группа прошла этапы групповой динамики, несмотря на то, что в нее вошли давно знакомые люди. Участники группы занимались анализом проблем профессиональной коммуникации. Основными инструментами Балинговской работы были процессы, происходящие в ней, — анализ и поддержка. В группе, организованной в детском дневном психиатрическом стационаре, удалось создать атмосферу, комфортную для ее участников и необходимую для полноценной работы.

Были приняты четкие правила работы. Обсуждение случая в Балинговской группе велось в рамках запроса, без углубления в личность рассказчика, без оценок, советов и поиска однозначно правильного решения. Группа была закрытой. При общении в группе участники старались не употреблять профессиональные термины. Избегалось все то, что могло быть воспринято как агрессия и вызвать срабатывание психологической защиты. Предметом обсуждения Балинговской группы были неосознанные моменты общения с паци-

ентами: личностный смысл и значение происшедшего с врачом и пациентом, «слепые пятна», иррациональные и неосознанные установки и ожидания, эмоции врача и пациента, реакции, возникающие под воздействием психологических защит, переносов и контрпереносов, дезадаптивные роли врача. Без анализа неосознанных моментов невозможно было преодолеть сопротивление и осознать то, что до этого времени не осознавалось заявителем. Часто дополнительная информация появлялась, после того как рассказчик идентифицировал себя с пациентом, а часть группы — с врачом. Для создания защищенности в группе не занимались психотерапией и не углублялись в личные проблемы участников. При возникновении у участников запросов на более глубокую психотерапевтическую работу им была рекомендована индивидуальная психотерапия. В процессе Балинтовской группы у участников часто появлялись вызванные рассказанным случаем фантазии, ассоциации, образы и метафоры, при обсуждении которых в группе возникали дополнительные смыслы и значения. Бывало так, что осознание рассказчиком того, что с ним было в группе, происходило в следующие сессии при работе с другим случаем.

Основной функцией ведущего являлось создание необходимой атмосферы обсуждения за счет поддержания группового процесса минимальной динамикой группы и соблюдения групповых правил, помимо этого он принимал участие в вопросах и обсуждении. Ведущий старался вернуть группу к запросу, переключал с конкуренции за правильное решение или точку зрения на множественность возможных дополняющих точек зрения, не давал выходить за рамки запроса, помогал восстановить атмосферу продуктивного обсуждения случая.

В работе Балинтовской группы обозначились и отрицательные моменты. Первый момент — это то, что ведущей группы стала заведующая отделением, а участниками — ее подчиненные. Второй — это редкость встреч, всего один раз в месяц. Добровольность посещения группы определила небольшое число участников группы и нестабильный состав.

Несмотря на трудности, возникающие при проведении Балинтовской группы, участники отметили необходимость ее проведения, так как работа в ней позволяла сотрудникам отстраниться от привычного, однозначного представления о себе и своей профессиональной роли, увидеть происшедшее с ними с других точек зрения, обогатив этим свои представления, навыки и опыт. Проведение Балинтовской группы является необходимым аспектом в работе не только отдельно взятого подразделения больницы, но и всей больницы в целом, сотрудники которой в силу своих профессиональных обязанностей подвержены «эмоциональному выгоранию».

О совершенствовании клинической психологической диагностики при психотерапии невротических расстройств

И.В. Бубнова, А.Р. Назырова, А.С. Яковис

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

Совершенствование полипрофессиональной модели психотерапевтической помощи больным с невротическими расстройствами ставит научные задачи по развитию клинической психодиагностики личности больного в условиях психотерапевтического процесса. Цель клинической психологической диагностики в этом случае можно определить как системное описание результатов психологического исследования для определения возможных причин и патологических механизмов (психогенных, социогенных) возникновения невротических расстройств и нарушений психосоциальной адаптации пациентов. Поскольку психологическое исследование должно быть подчинено решению психотерапевтических клинических задач, его результаты должны учитывать в первую очередь практические интересы врача-психотерапевта при проведении клинической диагностики и реализации индивидуальной психотерапевтической программы (ИПП). Ос-

новным вопросом врача-психотерапевта на этапе клинической диагностики, осуществляющего психотерапию невротических расстройств, является вопрос о степени поражения и выявлении психологических и психосоциальных факторов этиопатогенеза с позиции современной неврологии, а также о проведении специальной, для постановки диагноза невротического расстройства, «позитивной» и «негативной» клинической диагностики.

На этапе реализации ИПП врачи-психотерапевты стоят перед психологом цели психологического обследования (и клиничко-психологической интерпретации его результатов), позволяющие выявить релевантные для конкретного психотерапевтического метода психотерапевтические задачи с учетом теоретической концепции невроза и основных направлений психотерапии (психодинамического, когнитивно-поведенческого, экзистенциально-гуманистического).

Решение этой непростой междисциплинарной проблемы в настоящее время затруднено, в связи с чем существует разница между результатами клиничко-психологической диагностики и психотерапевтическими практическими задачами. Медицинский психолог в описании результатов психологического исследования использует классификацию патопсихологических симптомокомплексов, а врач-психотерапевт пользуется «синдромальным языком», с одной стороны, а с другой стороны — языком психотерапевтического метода. Таким образом, в современной медицинской (клинической) психологии существует проблема соотнесения результатов патопсихологического обследования с клиническим диагнозом и психотерапевтической гипотезой, служащей основанием для определения целей и задач психотерапевтического воздействия.

Решение этой проблемы представляется возможным с привлечением методологии этиологического психологического диагноза и уровней психологической диагностики, предложенных Л.С. Выготским. Эта методология может позволить провести верификацию результатов психологической диагностики с учетом доказанных этиопатогенетиче-

ских механизмов неврозогенеза, включая не только особенности клинических проявлений невротического расстройства, причины его возникновения, но и патологические психологические механизмы его функционирования.

Структура психотерапевтической службы в г. Кирове и области

Т.В. Булатова, В.И. Багаев

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

Создание психотерапевтической службы в г. Кирове началось в конце 80-х годов прошлого века с организации психотерапевтического кабинета в диспансерном психиатрическом отделении Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева (КОКПБ). Вскоре были организованы кабинеты психотерапевтов в нескольких областных лечебно-профилактических учреждениях. В 1991 году был создан Центр психотерапии и сексологии, который объединил деятельность этих кабинетов. С этого времени психотерапевтическая служба начала свое развитие: ежегодно проходили подготовку по психотерапии врачи-психиатры, открывались новые психотерапевтические кабинеты в специализированных и соматических ЛПУ в г. Кирове и районах области.

На 1.01.2010 года ставки психотерапевтов имеются в штате 14 ЛПУ г. Кирова и области. Всего в области 29 психотерапевтов, из них имеют сертификаты 22 (75,9%) человек.

К сожалению, в последние годы наблюдался отток психотерапевтов из учреждений здравоохранения в частную практику, что связано с высоким эмоциональным напряжением вследствие профессиональной деятельности, недостаточной оплатой труда и является отражением общероссийской тенденции.

Психотерапевтическая помощь в Кировской области оказывается в амбулаторных, стационарных условиях, а также в дневном стационаре.

Психотерапевты психоневрологического поликлинического отделения КОКПБ им. В.М. Бехтерева ведут прием в шести кабинетах на базе психоневрологического поликлинического отделения, а также в трех ЛПУ г. Кирова, в том числе в областном кардиологическом диспансере и двух поликлиниках городских клинических больниц.

В настоящее время в Кировской области нет психотерапевтических и психосоматических коек. Психотерапевтическая помощь стационарным больным осуществляется в трех психиатрических больницах: КОКПБ им. В.М. Бехтерева (отделения: пограничных состояний, реабилитационное, детское, патологии речи и первого психотического эпизода); Котельнической психиатрической больницы — отделение пограничных состояний; Советской психиатрической больницы — общее психиатрическое отделение № 2.

Кроме того, психотерапевтическая помощь оказывается в стационарах г. Кирова: областной и городской детских клинических больницах, областном госпитале для ветеранов войн, областном наркологическом диспансере.

Многие пациенты получают психотерапевтическую помощь в условиях дневных стационаров, которые функционируют: в психоневрологической поликлинике КОКПБ им. В.М. Бехтерева, в общем психиатрическом отделении № 2 Советской психиатрической больницы, отделении пограничных состояний Котельнической психиатрической больницы, Кировском областном наркологическом диспансере.

Инновационной формой психотерапевтической помощи является ее организация в детском дневном психиатрическом стационаре, расположенном в шести общеобразовательных школах и детском саду г. Кирова и в четырех районах области (г. Советск, г. Слободской, г. Кирове-Чепецк, пос. Оричи). В них работают детские психиатры, прошедшие подготовку по психотерапии. При этом дети и подростки с пограничными психическими расстройствами, проблемами в поведении получают необходимый объем помощи без отрыва от привычного социума.

В 2005–2010 годах количество психотерапевтических кабинетов в территориальных поликлиниках уменьшалось, но при этом увеличилось количество психотерапевтических кабинетов в общесоматических стационарах. С 2006 года была организована психотерапевтическая помощь в дневном стационаре Областного наркологического диспансера.

Ежегодно психотерапевтическую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в дневном стационаре в г. Кирове и районах области получает около 6 тысяч человек.

В 2009 году в амбулаторных условиях в психотерапевтические кабинеты обратилось 4915 человек, которые посетили психотерапевта 17 349 раз, что на 12% превышает показатели предыдущего года. Количество посещений, сделанных одним пациентом, в 2009 году самое высокое за последние шесть лет, что свидетельствует об активизации психотерапевтической работы на поликлиническом приеме.

В амбулаторных условиях в 2009 году чаще всего обращались за помощью пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами — 50,8%, органические психические расстройства непсихотического характера составили 33,9%, аффективные расстройства — 4,1%, расстройства личности — 4,2%, эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте — 2,3%, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами — 0,7%.

Ежегодно на прием к психотерапевту обращается большое количество лиц с психосоматическими расстройствами, но их количество и процентное соотношение с другими формами пограничных психических расстройств определить не удалось, так как они кодируются в разных рубриках V класса МКБ-10. Соотношение мужчин и женщин — 1:4.

Необходимо дальнейшее развитие психотерапевтической помощи в г. Кирове и области на всех уровнях (амбулаторно-поликлиническом, стационарном), подготовка квалифицированных специалистов, внедрение новых форм и методов психотерапии.

Клинические проявления ПТСР при утрате лиц экстраординарной значимости

Н.Л. Бундало, Е.П. Малюткина

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярский крайовой
психоневрологический диспансер № 1, г. Красноярск, Россия*

Диагностика посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является значимой современной проблемой. Клиника ПТСР полиморфна, что затрудняет выявление расстройства. Авторами была проведена структуризация симптомов ПТСР. Выделены стадии развития расстройства (начальных клинических проявлений, невротическая, психотизма), основанные на синдромотаксисе облигатных синдромов: обсессивно-компульсивного, тревожного и дереализационно-деперсонализационного (в рамках диссоциативного синдрома). Исходя из интенсивности и частоты симптомов, были описаны степени тяжести ПТСР (легкая, средняя и тяжелая). Дальнейшие исследования были направлены на выявление роли факультативных синдромов (соматизации, депрессивного, фобического, паранойяльного и диссоциативного) в клинике ПТСР.

Обследовали 257 человек (средний возраст $28,9 \pm 1,6$ года), из них мужчин — 121 (47,1%), женщин — 136 (52,9%). Все они имели в анамнезе утрату значимых близких, после которой прошло не менее 6 месяцев.

У 188 человек было диагностировано ПТСР различной степени тяжести: легкой — 90 (47,8%) человек, средней — 71 (37,8%), тяжелой — 27 (14,4%).

При клиническом наблюдении было замечено, что пациенты имели различную функционирующую организацию психического и соматического процесса, которая обеспечивала, на наш взгляд, у травмированной личности формирование новой идентичности — посттравматической — как стратегии адаптации и психологической защиты в новых условиях существования после смерти близкого. Одним из

условий формирования посттравматической идентичности личности была фиксация пациента на негативных переживаниях стресса, утраты значимого близкого. Психическая травма становилась «водителем ритма» жизни индивидуума. При этом прежний позитивный опыт «депонировался» частично или полностью, и доступ к нему блокировался. Степень выраженности этих проявлений соотносилась со степенью тяжести расстройства.

Наши наблюдения показали, что такая патологическая организация психического процесса в ответ на психическую травму утраты близкого в отдаленном периоде формировалась как способ патологической адаптации. Она проявлялась на биологическом (соматическом и психическом), личностном и социально-психологическом уровнях. Клинически патологическая адаптация выражалась чаще всего преобладанием симптомов одного из факультативных синдромов ПТСР, что позволило выделить и описать клинические формы расстройства: психосоматическую, депрессивную, фобическую, паранойяльную, диссоциативную, смешанную.

Полученные результаты способствуют выявлению расстройства, разработке дифференцированного лечения и реабилитационных программ.

Соотношение психотерапии и фармакотерапии на модели затяжных невротических расстройств

А.В. Васильева, С.В. Полторак

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

Вопросам лечения и профилактики затяжных форм невротических расстройств ленинградской/санкт-петербургской школой всегда уделялось повышенное внимание, придавалось адекватное значение этой проблеме в здравоохранении.

Новое время, с его социально-психологическими условиями, развитием науки, появлением современных высокосе-

лективных препаратов, достижениями инструментальных методов исследования, ставит перед практической медициной новые задачи. Утверждение в современной медицине биопсихосоциальной парадигмы позволило преодолеть исторически сложившийся дуализм: фармакотерапия или психотерапия. В настоящее время золотым стандартом лечения становится оптимальное сочетание этих методов терапии с учетом их реципрокного воздействия на состояние больного.

Затяжные формы невротических расстройств являются труднокурабельными, вследствие мотивационно-психологических особенностей этих пациентов, низкой приверженности лечению, минимальной церебральной дефицитарности, сопутствующей дезадаптации и обеднения социальных связей. Все это требует комплексного лечения: сочетания фармакотерапии, включающей назначение психотропных препаратов и дополнительное неврологическое лечение, и психотерапии, включающей динамический, поведенческий и экспрессивные методы. На первый план выходит комбинированное назначение малых нейролептиков (эглонил, тералиджен и др.) и антидепрессантов из группы СИОЗС (феварин, триттико, пароксетин, велаксин и др.) при минимальном участии в схеме лечения бензодиазепиновых транквилизаторов. Все большее значение в комплексной терапии затяжных форм невротических расстройств приобретает новая группа психотропных препаратов — небензодиазепиновые анксиолитики (атаракс, стрезам, афобазол). При этом большое значение имеет определение доминирующего аффекта: при тревоге главными препаратами являются антидепрессанты, а при агрессии, замаскированной иногда более социально приемлемыми тревожными жалобами, на первый план выходят нейролептики.

Динамическая индивидуальная и групповая психотерапия направлены на преодоление амбивалентной и пассивной составляющих структуры мотивации, вторичной выгоды от болезни; определение и проработку роли заболевания в системе отношений пациента; кристаллизацию и проработку конфликтных констелляций отношений в психоте-

рапевтическом поле, в актуальной жизненной ситуации пациента и в истории ранних отношений.

Лекарственная терапия является одним из компонентов системы лечения, обеспечивая способность больного к психотерапевтическому взаимодействию. Психотерапия в свою очередь необходима, в том числе, и для преодоления некомплаентности этой группы больных. Снижая уровень тревоги, актуальности фобических переживаний, невротической и ипохондрической фиксации, психотропные средства способствуют увеличению доверия больного к врачу, созданию прочного психотерапевтического альянса.

Исследование глубинно-психологических свойств личности больных с невротическими расстройствами и их динамики в процессе групповой психотерапии

А.В. Васильева, П.В. Харин

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева,
Оренбургская областная клиническая психиатрическая
больница № 1, Россия*

Изучение психологических свойств личности больных с невротическими расстройствами и их динамики в процессе психотерапии является актуальной задачей: появление новых методик для оценки психического и психологического состояния позволило определять новые качественные особенности личности, которые имеют как косвенное, так и прямое отношение к причинам, развитию и клинической картине невротических расстройств.

Целью исследования явилось изучение личностных особенностей больных с невротическими расстройствами, прошедших краткосрочную личностно-ориентированную (реконструктивную) групповую психотерапию, и оценка динамики показателей личности и эффективности психотерапии.

Для достижения этой цели использовались следующие методики: тест ISTA, разработанный немецкими специали-

стами и стандартизированный на российской выборке в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева; методика определения эффективности механизмов регуляции нарциссической системы личности на основе теста оценки нарциссизма F.W. Deneke и В. Hilgenstock, стандартизированного на российской выборке в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева; опросник для исследования стадий психотерапии URICA (the University of Rhode Island-Change Assessment Scale); статистические методы (Т-критерий Вилкоксона, U-критерий Манна-Уитни).

Объект исследования. Обследованы 109 больных с невротическими расстройствами, отвечающими критериям МКБ-10: F40–48. Все больные прошли курс краткосрочной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии длительностью 35 часов.

Результаты и выводы. В структуре личности больных более глубокие нарушения в нарциссической регуляции являются неблагоприятным фактором для выбора краткосрочной психотерапии как основного метода лечения этих больных из-за их склонности к чрезмерно негативной самооценке с ощущением тотальной беспомощности, зависимостью от значимых лиц и избеганием социальных контактов. Относительно гуманструктурных функций по Г. Аммону можно с уверенностью сказать, что лицам, изначально имеющим более высокие показатели «конструктивной агрессии», будет легче включиться в групповой процесс, решать возникающие в кругу конфликтные ситуации, приобрести позитивный эмоциональный опыт. Лицам с высокими показателями по шкалам «деструктивного внешнего Я-отграничения» и «дефицитарного нарциссизма» будет труднее проходить этапы психотерапевтического процесса, и, соответственно, эффективность его будет значительно ниже. Учитывая выявленные закономерности, можно уже на диагностическом этапе проводить более тщательный отбор больных для краткосрочной личностно-ориентированной психотерапии, прогнозировать ее эффективность для конкретных больных или принять решение о направлении больных на более долговременные формы психотерапевтической работы.

Психофизиологическая диагностика эмоциональной компетентности у больных неврозом как основание для определения задач психотерапевтического воздействия

Е.В. Вишневетская

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

Установлено, что общим патогенетическим механизмом развития неврозов являются неспецифические изменения функциональных систем организма, включающих в себя центральный, вегетативный и соматический уровни регуляции, которые отражаются в том числе в эмоциональных проявлениях и эмоциональном поведении.

В разработанной нами (совместно с СПбГУ и ИМЧ) психофизиологической методике исследуются особенности узнавания и выражения эмоций, а также вегетативные реакции человека на эмоциогенные стимулы.

Разработанный психодиагностический инструментарий позволяет диагностировать:

- бессознательное отражение эмоциогенного стимула (реагирование);
- сознательное отражение эмоциогенного стимула (узнавание);
- сознательное управление мимикой и пантомимикой при невербальной передаче эмоционального состояния;
- сознательное выражение эмоций вербальными средствами;
- осознание мимических проявлений при графическом изображении эмоций;
- динамику вегетативных процессов (определяющихся коэффициентом вариативности вегетативного индекса).

По психологическим характеристикам определялись особенности узнавания и выражения эмоций. Неоднократно снимались морфофункциональные, физиологические показатели.

По данной методике обследованы 120 здоровых испытуемых и 83 пациента с невротическими расстройствами

(26 — страдающих неврастенией, 28 — истерическим неврозом и 29 — неврозом навязчивых состояний). Среди больных 49 женщин и 34 мужчины. Возраст больных в пределах 21–47 лет, длительность заболевания — от 1 года до 5 лет.

Сравнительный анализ данных двух групп статистически достоверно подтвердил, что стабильность ВНС и уровень эмоциональной компетентности у всех групп больных находятся в обратной взаимосвязи (степень значимости связи на уровне $p = 0,001$; $r = -0,58$).

У пациентов с невротическими расстройствами наблюдается достоверно больший дисбаланс психофизиологических процессов — чем выше показатели адекватного узнавания и выражения эмоций, тем более ригидные вегетативные реакции. Кроме этого, аналогичный дисбаланс существует и между психологическими характеристиками — чем выше уровень узнавания эмоций, тем ниже показатели их выражения. Также выявлены некоторые достоверно значимые различия между разными клиническими группами.

Полученные данные дают основания для более точного определения психотерапевтических мишеней, а также могут явиться базой для сочетания психотерапии и психофармакотерапии.

Краткосрочная психотерапия невротических расстройств на начальном этапе реабилитации наркозависимых

И.В. Воеводин

*Научно-исследовательский институт психического здоровья
СО РАМН, г. Томск, Россия*

Отвечая реалиям сегодняшнего времени, все более актуализируется задача создания краткосрочных вмешательств, которая должна решаться путем повышения интенсивности терапии, уменьшения сроков лечения и материальных затрат без снижения эффективности.

В период формирования ремиссии у наркозависимых пациентов наблюдаются неврозоподобные расстройства — мозаичная симптоматика, не укладывающаяся в рамки нозологических критериев МКБ-10, а также клинически оформленные коморбидные психические расстройства категорий F3, F4, F6. Данная симптоматика препятствует качественному становлению ремиссии и рассматривается как одна из мишеней реабилитационного вмешательства. Конкретизация ее осуществляется при помощи экспресс-диагностики тревоги и депрессии по шкале HADS, дополнительно — по опросникам Спилбергера–Ханина (тревоги) и Бека (депрессии).

Применительно к зависимым состояниям первой задачей краткосрочных вмешательств является формирование у пациента мотивации к изменениям. Это достигается детальной проработкой всех компонентов мотивации, воздействием не столько негативного подкрепления и наказания, сколько позитивного подкрепления, с последующим формированием самоналагаемого подкрепления. Методика формирования мотивации — обучение эффективно-му целеполаганию.

Согласно когнитивно-поведенческой парадигме, в основе поведения лежит когнитивный стиль, обуславливающий эмоциональное отношение к жизненным ситуациям и внешне наблюдаемое поведение (в том числе дезадаптивное, девиантное и патологическое). Иррациональный когнитивный стиль формирует «систему невротического поведения» в различных проявлениях — собственно невротическом, психосоматическом, аддиктивном. Диагностика, демонстрация неадаптивности (несоответствия жизненным целям) когнитивного стиля и подведение пациента к мысли о необходимости его замены на более рациональный — вторая задача вмешательства. Методики — диагностика социально-психологической дезадаптации по опроснику М. Боска, иррациональных когнитивных установок по опроснику А. Эллиса, разбор жизненных ситуаций, обучение АВС-анализу. Завершается краткосрочное вмешательство

выдачей пациенту «Алгоритма продвижения к психологическому здоровью» и мотивированием на дальнейшее — долгосрочное сотрудничество.

Адаптация и валидизация русскоязычной краткой версии опросника оценки уровня тревоги о здоровье

Т.А. Волгина

Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия

Валидизированные объективные методы оценки ипохондрии (ИП) в РФ не разработаны. С целью улучшения диагностики и оценки динамики ИП симптоматики в процессе лечения осуществлен перевод, адаптация и валидизация краткой версии опросника оценки уровня тревоги о здоровье HealthAnxietyInventoryShortversion (SHAI-rus-1.0).

Материалы и методы. Перевод и первичная адаптация SHAI проведены в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Сформированы 4 сопоставимые группы: здоровые лица (ЗЛ), пациенты с паническим расстройством F41.0 (ПР), ипохондрическим расстройством F45.2 (ИП), терминальной хронической почечной недостаточностью (тХПН) на заместительной терапии гемодиализом. *Критериальную валидность* оценивали методом контрастных групп (критерий Манна-Уитни). Определены характеристики надежности: *ретестовая* — метод повторных измерений (коэффициент корреляции Пирсона) и *внутренняя согласованность* (коэффициент альфа Кронбаха). *Чувствительность* — анализ показателей по шкалам у пациентов с ИП до и после терапии.

Результаты. Пациенты с ИП имели достоверно выше показатели как по обоим блокам опросника, так и по общей сумме баллов ($p < 0,05$). ЗЛ по этим параметрам имели самые низкие показатели. Общая сумма баллов и результаты по блоку негативных последствий были сопоставимы в группах пациентов с ПР и тХПН ($p < 0,01$). Избегающее поведение и

поиск заверений с одинаковой частотой встречались у пациентов с ИП и ПР. В группах относительно ЗЛ и пациентов с тХПН эти показатели были значимо ниже, чем у пациентов с ПР и ИП, и сопоставимы между собой, что указывает на специфичность визуальных подшкал в отношении оценки симптоматики, не связанной с соматическим заболеванием.

При проверке критериальной валидности SHAI методом контрастных групп у пациентов с ИП по сравнению с группами ЗЛ, пациентов с тХПН и ПР отмечались достоверно более высокие показатели по обоим блокам опросника. Полученные результаты позволяют утверждать, что русскоязычная версия SHAI специфична в отношении измерения степени выраженности ИП симптоматики.

Выводы. SHAI является эффективным психодиагностическим инструментом оценки тревоги о здоровье и ИП, обладает высокой критериальной валидностью, надежностью и удовлетворительной внутренней согласованностью, высокой чувствительностью. Шкала SHAI прошла адаптацию и валидизацию в РФ и может быть рекомендована для применения в практическом здравоохранении.

Неврозы и расстройства шизофренического спектра (к проблеме психогенеза психических расстройств)

Б.А. Воскресенский

*Российский государственный медицинский университет,
Москва, Россия*

Взаимоотношение психогенного и эндогенного — основной вопрос клинической психиатрии. Ее развитие происходило таким образом, что область психогенной патологии все сокращалась. Как следствие — сомнения и даже отрицание существования психогений, в том числе и неврозов, а с другой стороны — тенденция к психологизации эндогенной патологии. Сказанным обосновывается целесообразность изучения психотравмирующих переживаний при разных формах психической патологии.

Обследовались больные с основными формами неврозов (неврастения, невроз навязчивых состояний, истерический невроз), а также с особой формой психогении — паранойяльными реакциями (онтогенетический и клинкодинамический подходы к психогениям позволяют преобразовать эти классические формы в диагностические категории МКБ-10). На основе ряда положений общей психопатологии была построена анкета для выявления «ключевых» переживаний (в понимании Э.Кречмера). Для каждой из изучавшихся форм психогений было выявлено предпочтительное — «ключевое» — переживание, которое стройно вписывалось и в онтогенетически рассматриваемую структуру преморбида («...психология неврозов — это психология человеческого сердца вообще», Э.Кречмер, 1927, с. 9), и в концепцию единой реактивной болезни Н.И.Фелинской.

Затем эта же анкета предлагалась больным с расстройствами шизофренического спектра (F20, F21, F25, госпитализации многократные, перед настоящим стационарированием у каждого из больных психотравмирующая ситуация). Существенно, что взаимосвязь «психотравма — настоящий приступ» должна была констатироваться и самим пациентом. Часть больных подтверждала эту временную последовательность, но анкета выявляла рассогласование, противоречивость в структуре психотравмирующего переживания, тем более значительные, чем выраженнее были изменения личности. У больных, отрицавших психотравму, хотя это были события, значительно дезорганизовавшие существование больных (смерть близкого, пожар и т. п.), негативные изменения были еще более грубыми.

Вывод. Представляется обоснованным говорить о различной структуре психотравмирующих переживаний при расстройствах, обозначаемых как невротические (психогенные), и при эндогенной психической патологии, что по своему обосновывает право на самостоятельное существование каждой из этих групп психической патологии.

Факторы прогнозирования зависимостей у подростков в динамике невротических и поведенческих расстройств

С.В. Гарганеев

*Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница
им. Ю.К. Эрдмана, г. Барнаул, Россия*

Взаимосвязи клинических и психолого-социальных факторов поведения у подростков позволяют прогнозировать риск формирования зависимостей.

Обследованы 850 подростков $15,7 \pm 1,8$ года с диагнозами «расстройства адаптации» (РА) и «расстройства поведения» (РП): РА ($n = 101$), социализированное расстройство поведения (СРП, $n = 359$), несоциализированное расстройство поведения (НСРП, $n = 313$), смешанное расстройство поведения и эмоций (СмРПЭ, $n = 77$); коморбидные с аддитивными расстройствами (АР): употребление пива ($n = 421$), наркотических веществ ($n = 106$), гемблинг ($n = 74$), интернет-зависимость ($n = 54$), зависимость от общения ($n = 134$), сочетанные формы ($n = 61$).

Методом логистической регрессии выявлены факторы, в совокупности обеспечивающие правильное прогнозирование АР у подростков с РА и РП (Concordant = 96,8%; Somers'D = 0,94).

Психическое состояние подростков с АР изменяют делинквентность ($p = 0,027$), семейная дезадаптация ($p = 0,012$), возраст начала АР ($p = 0,020$), длительность стресса в семье ($p = 0,001$) и в подростковой группе ($p = 0,002$). Психологическое состояние отражает высокую тревожность ($p = 0,022$), антиципационную несостоятельность ($p = 0,002$), психопатизацию ($p = 0,0001$), зависимость ($p = 0,0022$), актуальность нереализованных возможностей ($p = 0,0015$), чувства вины ($p = 0,002$). Прогностическим признаком АР явился страх психической ущербности ($p = 0,0075$).

У подростков с РА факторами прогнозирования АР (Concordant = 93,7%; Somers'D = 0,88) оказались возраст начала РП ($p = 0,0001$), высокая тревожность ($p = 0,001$) и

доступность аддиктивных объектов в семье ($p = 0,0021$), а также длительность РП ($p = 0,003$). Стресс в подростковой группе ($p = 0,0219$), страх за будущее ($p = 0,0251$), психической ущербности ($p = 0,0198$) явились триггерами АР.

У подростков с РП (Concordant 93,1–95%; Somers'D 0,88–0,92) триггерами АР явились делинквентность ($p = 0,001$), зависимость ($p = 0,001$), психопатизация ($p = 0,016$). Важными факторами прогноза явились психопатоподобное поведение при СРП и НсРП ($p = 0,004$) и депрессия при СмРПЭ. АР детерминировались старшим возрастом ($p = 0,001$), регрессией ценностей ($p = 0,0027$), отвержением правил, законов ($p = 0,001$), антиципационной несостоятельностью ($p = 0,0353$), тревожностью ($p = 0,042$). В случае исходного СмРПЭ АР были сопряжены с выраженностью депрессии ($p = 0,002$).

Прогнозирование АР при построении прогностических вероятностных моделей свидетельствовало о высокой степени их адекватности реальным данным. Это позволяет прогнозировать динамику РА и РП у подростков, с указанием на вероятность развития АР.

Исследование корреляций четырех факторов алекситимии у больных с тревожными и фобическими расстройствами

А.Л. Гельд

Психиатрическая больница № 3, г. Екатеринбург, Россия

Были обследованы 157 человек: 30 мужчин (19,1%) и 127 женщин (80,9%), в возрасте от 20 до 56 лет (средний возраст $34,68 \pm 1,99$ года). Основную группу составили 100 человек, средний возраст $33,68 \pm 1,72$ года. В контрольной группе было 57 человек, средний возраст $31,84 \pm 1,99$ года. Исследование проводилось на базе ГУЗ СО ПБ № 3. Критериями включения в основную группу являлись жалобы больных на тревогу, беспокойство, страхи и возраст пациентов; контрольную группу составили потенциально здоровые лю-

ди. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Психические расстройства диагностировались в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10. Выраженность тревоги и депрессии оценивалась по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), уровень алекситимии — по Четырехфакторной модели алекситимии — Торонтской алекситимической шкале (TAS), адаптированной в Институте им. В.М. Бехтерева (ТАС). При анализе данных ТАС у каждого респондента подсчитывался общий балл алекситимии и баллы 4 факторов алекситимии в соответствии с 4-факторной моделью алекситимии TAS. Был использован способ пересчета 4 факторов алекситимии по ТАС, предложенный О.В. Кремлевой (2002). Среднее значение алекситимии для всей выборки составило $62,67 \pm 2,07$; среднее значение алекситимии в основной группе — $65,97 \pm 2,67$; среднее значение алекситимии в контрольной группе — $56,88 \pm 2,83$. Сравнение уровня алекситимии в основной и контрольной группах демонстрирует наличие достоверных различий между этими группами по F1 — фактору алекситимии. F1 значимо выше в основной группе по сравнению с F1 в контрольной группе. Это значит, что трудности идентификации/разграничения чувств и телесных ощущений значимо выше в основной группе по сравнению с таковыми в контрольной группе. Возможно, это связано с тем, что основную группу на 36,3% составили пациенты с тревожными и фобическими расстройствами. F2 (затруднения при описании переживаний) незначимо выше в основной группе. F1 (трудность идентификации/разграничения чувств и телесных ощущений) значимо коррелирует с группой «Фобические и тревожные расстройства». Можно говорить о том, что у пациентов с данными расстройствами будут наблюдаться затруднения при идентификации чувств и при различении между чувственными переживаниями и физическими ощущениями.

Характеристика преморбиды при посттравматическом стрессовом расстройстве

С.П. Генайло, Е.А. Косенко

*Владивостокский государственный медицинский
университет, г. Владивосток, Россия*

Диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) занимает одно из центральных мест в числе так называемых новых пограничных психических расстройств, специально выделяемых в последние десятилетия. При прогнозировании вероятности формирования ПТСР существенная роль отводится особенностям преморбиды. Наблюдались 74 комбатанта в возрасте от 28 до 40 лет, которые на протяжении от 3 до 6 месяцев находились в командировке в Чеченской Республике, служили в боевых подразделениях и принимали активное участие в боевых действиях, связанных с непосредственной угрозой их здоровью и жизни, и в соответствии с МКБ-10 обнаруживали признаки ПТСР. При изучении анамнеза, согласно критериям А.Е. Личко (1983), в преморбиде у 20 человек были установлены проявления акцентуаций характера по астено-невротическому типу, у 17 — по психастеническому, у 12 — по истероидному, у 10 — по гипертимному. У 15 человек проявления личностных девиаций выявить не удалось. У обследуемых с астено-невротическим типом акцентуации характера в детском и подростковом возрасте отмечалась повышенная склонность к утомляемости, раздражительности и усиление внимания к состоянию своего здоровья. Раздражение по ничтожному поводу легко изливалось на окружающих, порою совершенно случайных и даже незнакомых лиц, что было связано с постепенным нарастанием раздражительности в процессе утомления. Отмечались субклинические колебания настроения с преобладанием пониженного. Пониженное настроение, как правило, сочеталось с нарушением сна, сонливостью днем, разбитостью по утрам. У комбатантов с психастеническим типом акцентуации в

детском возрасте наблюдались невротические тики, нерезко выраженные фобии. В последующем обращали на себя внимание нерешительность, робость, склонность к сомнениям, потребность в советах при необходимости принять то или иное решение, тревожная мнительность в отношении своего будущего. При гипертимном типе акцентуаций комбатанты в подростковом возрасте отличались хорошими способностями, умением все схватывать на лету, самостоятельностью, общительностью, плохо переносили одиночество, лишение широких контактов со сверстниками, ожидание, душевное напряжение в сочетании с вынужденным бездельем. Почти всегда приподнятое настроение сменялось у них негодованием и раздражительностью при попытках окружающих подавить их желания, намерения, подчинить чужой воле. Истероидный тип акцентуаций характеризовался стремлением постоянно быть в центре внимания, манипулировать окружающими, что сочеталось с фантазированием, эксцентричностью и театральностью в поведении, несобранностью, недисциплинированностью, большой экспрессией эмоций при их поверхностности, потребностью драматизировать даже обыденные ситуации.

Арт-терапия в клинике терминальных онкологических больных

А.В. Гнездилов

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

Когдаходишь в палату с обреченными или умирающими пациентами, видишь обычно беспомощные позы, потухшие глаза, печать страдания на лицах, часто тяжелый предагональный сон. Приглядевшись внимательнее, можно отметить, что позы, жесты больных — «говорящие».

Одни умоляюще прижимают руки к груди, другие закрывают глаза, третьи бессильно раскидывают руки, как крылья. Тогда задаешься вопросом, о чем думают, что вспо-

минают, о чем грезят эти люди. Опросы чаще всего выявляют воспоминания о детстве, это подтверждается и последними словами больных, они обращаются к матери, зовут ее, также как первые слова и устремления ребенка. Серьезные, взрослые люди просят почитать им сказки, многие мечтают увидиться с внуками не только потому, что в них продолжается их жизнь, но и потому, что их влечет мир детства. Совершив, как по кругу, свой путь, душа возвращается в детство, внутренний ребенок, убегая от ледяного дыхания Снежной королевы, греется у кукольных игрушек.

Чем же так мило нам детство? Рядом с беспомощностью эмоционального «Эго» живет активное начало, а именно воображение. С его помощью развивается так называемое «магическое мышление», способность овладевать миром, не присваивая его себе.

Если мы проанализируем одну из ветвей арт-терапии, сказкотерапию, то увидим, насколько подсознательная и сознательная жажда жизни соответствует содержанию сказки.

Это в первую очередь — возможность Чуда. Реальность неумолима, а мир фантазий указывает выход из тупика, вообще снимает проблему смерти. Существует «живая и мертвая» вода, волшебники и их игрушки всегда бессмертны. А ведь они служат человеку, их существование немислимо без людского присутствия. Может, поэтому, когда мы сталкиваемся с куклами и другой детской атрибутикой, мы ощущаем «поле безопасности». В детстве смерти нет. И наоборот, баба Яга и Кощей несут в себе угрозу, старость отражает «лицо смерти».

Сказкотерапия дает возможность моделировать свой мир в соответствии со своими желаниями и установками, уходить из проблемных ситуаций или полностью их нивелировать.

Сказка, ориентированная на внутренний мир больного, выявляет не реализованный в жизни потенциал личности. В самом деле, сколько в мире поэтов, не написавших ни строчки стихов, сколько музыкантов, художников, не выразивших себя! Реализовать мечты хотя бы в виде сказок —

это открыть самооценку личности. Это не значит дать человеку то, чего нет в действительности. В природе нет ничего лишнего, и потому так важно «увидеть главное не глазами, а сердцем» (А. Экзюпери).

Сказка учит мечтать, а затем воплощать мечту в жизнь. Она создает особый контакт совместного проживания жизни сказочника и больного (внутреннего ребенка). В ней завершается прощание и проводы уходящего человека. В ней исповедь и прощение, примирение жизни со смертью.

Сказка — это дар андерсеновского «соловья» китайскому императору и одновременно заслушавшейся смерти.

Превентивная психодиагностика в проблеме развития невротических расстройств при домашнем насилии

С.Н. Голуб, И.Г. Ульянов

*Медицинское объединение Дальневосточного отделения РАН,
Владивостокский государственный медицинский
университет, г. Владивосток, Россия*

Невротические расстройства имеют разные перво-причины: конфликты в семье, социальные и производственные конфликты, соматические расстройства, различные потери и утраты близких. Начиная с 70-х годов прошлого века, значительный вклад в развитие невротических расстройств вносят психотравмы, связанные с домашним насилием. Последствия распространяющегося насилия представляют одну из главных проблем здравоохранения.

Одним из важных подходов в решении этих проблем является превентивная психотерапия, обеспечивающая более экономичные и краткосрочные формы психотерапии невротических расстройств. В нашей работе рассматриваются возможности решения проблемы предотвращения невротических расстройств при домашнем насилии женщин в пределах Дальневосточного региона на основе превентивных мероприятий. Для этого мы предлагаем:

1) проводить исследования ценностных ориентиров, общих взглядов на семейную жизнь и место женщины в современном обществе среди девушек в возрасте 18–25 лет, не имеющих брачных отношений, с целью выявления среди них групп риска, склонных к восприятию домашнего насилия;

2) проводить исследования с целью выявления фактов начального проявления домашнего насилия среди женщин, уже состоящих в брачных отношениях, и исследование психического состояния женщин в самой начальной фазе насилия.

Для проведения данных исследований нами были разработаны два опросника. Первый опросник был составлен на основе классификации видов домашнего насилия у женщин. Он состоит из 15 вопросов с 4 альтернативами по каждому вопросу. Все вопросы сгруппированы по трем классам: *традиционный*, обусловленный биологическим различием полов в семье; *институциональный*, связанный с гендерным неравенством; *социально-личностный*, связанный с ущемлением определенных потребностей конкретной женской личности. Второй опросник состоит из 10 вопросов, также с 4 альтернативами. При составлении этого опросника мы исходили из того, что формирование обстановки тревожного состояния, приводящего к насилию, происходит не сразу, а в первые несколько месяцев совместного проживания мужчины и женщины.

Проведенные нами предварительные исследования показали целесообразность и полезность разработанной нами методики для исследования развития и превенции невротических расстройств, возникающих вследствие домашнего насилия.

Роль жизненных установок в формировании панических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистой патологией

И.Л. Гуреева

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия

На протяжении многих веков люди пытаются найти ответ на вопрос о смысле жизни. Эта тема актуальна и в наше время, так как всю жизнь мы ищем смысл своего существования, и если находим, то каждый в чем-то своем, индивидуальном. Отсутствие такового может вызывать значительные страдания. В тяжелой форме они могут приводить к глубоким невротическим нарушениям.

Также нужно заметить, что многие эмоциональные и психологические нарушения являются результатом иррационального и неадаптивного мышления, препятствующего адаптации и самореализации личности.

Целью нашего исследования явилось изучение смысло-жизненных ориентаций и иррациональных убеждений личности как факторов, способствующих формированию панических расстройств на фоне имеющегося заболевания сердца.

Для измерения степени осмысленности жизни у обследуемых пациентов использовался тест смысложизненных ориентаций (СЖО). Для эффективной оценки выраженности иррациональных идей в разнообразных жизненных ситуациях была применена методика иррациональных убеждений А. Эллиса (вариант Х. Кассинова и Э. Бергера).

В экспериментальном исследовании приняли участие 160 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями психосоматического отделения городской больницы № 32 г. Санкт-Петербурга. Обследуемые пациенты были разделены на две группы. Первая группа включала в себя пациентов с ИБС и сопутствующими паническими расстройствами (90 человек); во вторую группу входили пациенты с ИБС без панических расстройств (70 человек).

Анализ средних значений по методике СЖО выявил статистически значимые различия по всем шкалам методики ($p = 0,001$). Следовательно, в первой группе уровень осмысленности жизни намного ниже, чем во второй.

Можно полагать, что пациенты первой группы занимают пассивную жизненную позицию и плохо различают в своем прошлом, настоящем и будущем источник смысла жизни. Низкий уровень осмысленности жизни и неверие в свои силы и возможности могут приводить к различным невротическим нарушениям, а также и к тревожным состояниям.

Анализ средних значений по методике «иррациональные убеждения» А. Эллиса выявил статистически значимые различия по всем шкалам ($p = 0,001$). В первой группе уровень выраженности иррациональных убеждений намного выше, чем во второй. Пациенты первой группы воспринимают многие жизненные события негативно, преувеличивая их трагичность и значимость.

Результаты проведенного исследования позволяют определить следующие направления психотерапевтического воздействия: 1) идентифицировать у пациента малоадаптивные и вызывающие проблемы мысли и установки и помочь заменить данные стереотипы мышления на более реалистичные и продуктивные, способствующие активной и свободной жизни; 2) помочь пациенту заполнить экзистенциальный вакуум смыслом и интересом, увидеть перспективу в его жизни.

Психотерапевтическая работа с созависимыми пациентами

Н.В. Гусева

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

Созависимость — приобретенное дисфункциональное поведение, возникающее вследствие незавершенности психологического отделения от значимых близких в про-

цессе развития. Она характерна для 98% взрослого населения и является источником значительных человеческих страданий.

В работе с созависимыми пациентами могут применяться различные методы индивидуальной, групповой и семейной психотерапии и психологической коррекции.

В тренингах приняли участие 54 человека. Среди них преобладали пациенты с неврастенией — 31,5%; расстройствами адаптации — 25,8%, тревожно-фобическими расстройствами — 22,3%. Соматоформные и ипохондрическое расстройства отмечались в 11,2% случаев, расстройство личности — 5,5%, органическое поражение ЦНС — 3,7%.

До проведения тренинга высокий уровень созависимости отмечался в 31,5% случаев, средний — 64,5%.

При достаточном уровне доверия пациенты обсуждали психологические травмы детства, работали с интроектами (послания, долженствования). При этом пациенты, получая поддержку и помощь в проживании тяжелых эмоциональных переживаний детства, приобретали уверенность, большую автономность, что в дальнейшем помогало искать и получать именно ту помощь, в которой пациент нуждается, а не довольствоваться ее «суррогатами»: «Что дали, и на том спасибо...». Формировались навыки ассертивного поведения.

В результате сосредоточения на психологических бедствиях, которые живут внутри каждого, узнавания своего внутреннего «Я» и причин, которые обуславливали реакции в определенных ситуациях, у пациентов формировалось чувства доверия к самому себе, активизировалась функция Id, связанная с внутренними импульсами и побуждениями, принятие которых позволяло осознанно делать независимый выбор, управлять своим поведением, жизнью и получать ощущение свободы и независимости.

В результате проведенного тренинга значительное клиническое улучшение наблюдалось в 98,1% случаев, уменьшилось количество пациентов с высоким уровнем созависимости. Однако, учитывая необходимость закрепления новых паттернов поведения, пациентам было рекомендо-

но продолжение работы с психологом как в индивидуальной, так и в групповой форме.

Исследование уровня идентификации специалистами различных психических расстройств

О.Б. Есина

ОГУЗ СОКПБ филиал «Детство», г. Екатеринбург, Россия

Цель работы: исследование уровня идентификации психиатрами, психотерапевтами, медицинскими психологами психических расстройств и состояний у детей и подростков.

Материал и методы. В 2010 году было опрошено 55 слушателей кафедры психиатрии ФПК и ПП УГМА (средний возраст $43,314 \pm 2,978$ года, мужчин 16, женщин 39). Группа состояла из 13 психотерапевтов, 11 медицинских психологов, 31 психиатра. Исследование проводилось при помощи полуструктурированного опросника. Способность к распознаванию расстройств определялась по количеству правильных ответов (уровень идентификации). Все полученные данные формализовались как «верные/неверные» ответы и, наряду с социодемографическими и профессиональными характеристиками, участвовали в корреляционном анализе.

Результаты исследования. У группы в целом отмечались следующие показатели идентификации: параноидной шизофрении и эпилепсии — 100%, алкоголизма у взрослых — 98,2%, эндогенной депрессии у взрослых — 85,4%, пубертатного криза — 76,4%, простой шизофрении у подростков — 41,8%, ПТСР у подростков — 67,3%, ПТСР у детей младшего возраста — 65,4%. Значимых связей уровня идентификации с полом и возрастом респондентов в настоящем исследовании не выявлено ($p > 0,05$). Не обнаружено значимых связей профессионального статуса с верной/неверной идентификацией пубертатного криза, ПТСР у подростков, эндогенной депрессии и алкоголизма у взрослых. При корреляционном анализе было выявлено, что психиатры зна-

чимо реже верно распознают ПТСР у детей младшего возраста (V Крамера = 0,485, $p < 0,05$) и значимо чаще — простую шизофрению у подростков (V Крамера = 0,300, $p < 0,05$). Статус психотерапевта имел значимую негативную корреляцию с верным распознаванием простой шизофрении у подростков (V Крамера = 0,298, $p < 0,05$), а статус медицинского психолога — значимую позитивную связь с верной идентификацией ПТСР у детей младшего возраста (V Крамера = 0,363, $p < 0,05$). Меньшая способность психиатров к распознаванию такого заболевания, как ПТСР, у детей младшего возраста может объясняться тем, что в клиническом мышлении психиатров преобладает биомедицинская модель над биопсихосоциальной. Психологи демонстрируют большую способность к распознаванию ПТСР, возможно, в силу специфики профессионального образования, в котором больше внимания уделяется влиянию на душевное здоровье психосоциальных факторов.

Роль возрастного фактора в структуре копинг-поведения больных неврозами

Я.С. Журавлёв, Е.Ю. Антохин, М.В. Нечаева, А.В. Кузина

Областной психотерапевтический центр ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2»;

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава», г. Оренбург, Россия

Цель исследования: изучение структуры копинг-поведения у больных с невротическими расстройствами в зависимости от возраста. Обследованы 50 больных: 25 в возрасте до 45 лет и 25 после достижения 45 лет (поздний возраст). В обеих группах диагностированы невротические расстройства в соответствии критериям МКБ 10 (F40–48). Методы: клинико-психопатологический с применением симптоматического опросника SCL-90-R, экспериментально-психологический (диагностика копинг-поведения — опросник Хейма, методика SVF), статистический (критерий

Манна–Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Больные до 45 лет чаще используют адаптивные копинг-стратегии в поведенческой сфере («сотрудничество», «обращение», «альтруизм»), в когнитивной сфере («проблемный анализ», «сохранение самообладания», «установка собственной ценности») ($p < 0,05$). Также до 45 лет преобладают относительно адаптивные копинги «заместительное удовольствие», «подбадривание себя», «потребность в социальной поддержке», «попытка умерить свои реакции» ($p < 0,05$).

Исследована система взаимосвязей между клинической симптоматикой и копинг-стратегиями с учетом возрастного фактора. В группе больных до 45 лет установлена обратная взаимосвязь между использованием адаптивных копинг-стратегий в когнитивной сфере и клинической симптоматикой («соматизация», «межличностная сензитивность», «паранойяльность», «психотизм») ($p < 0,05$). В этой же группе отмечена достоверная взаимосвязь между адаптивными копинг-механизмами в эмоциональной сфере («протест», «оптимизм») и клиническими проявлениями («соматизация», «тревожность», «депрессивность») в сторону снижения их выраженности ($p < 0,05$). В группе больных после 45 лет установлена прямая достоверная взаимосвязь между применением неадаптивных копинг-стратегий («избегание», «отступление», «смирение») и психопатологическими шкалами «депрессивность», «враждебность», «тревожность» ($p < 0,05$).

Таким образом, установлено патогенное влияние позднего возраста на структуру копинг-поведения больных с невротическими расстройствами, что проявляется усилением выраженности психопатологического дистресса и патопротекторным (смещение к полюсу дезадаптивности) содержанием копинга.

Сочетание когнитивно-поведенческой терапии и арт-терапии при лечении пациентов с хроническими обсессивно-компульсивными расстройствами

В.В. Зайцев, Т.Н. Хмылова

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Россия

Оказание эффективной помощи пациентам с хронической обсессивно-компульсивной симптоматикой (ОКС), развивающейся в структуре пограничных личностных расстройств, остается сложной терапевтической задачей. Пациенты данной группы значительно ограничены в повседневной жизни характером и объемом своих ритуальных действий. Когнитивно-поведенческая терапия является одним из методов, используемых при лечении данной патологии.

Эффективность когнитивно-поведенческой терапии обусловлена процедурой выявления, обозначения и коррекции дисфункциональных схем мышления, запускающих дезадаптивные эмоциональные и поведенческие реакции в типичных для конкретного человека личных и социальных ситуациях.

Успех терапии во многом определяется способностью пациентов фиксировать активность своего внутреннего «списка правил», давать ему оценку и его модифицировать. Для ригидных, «активно невнимательных», недоверчивых к реальности, существующих в напряженной, строго контролируемой дихотомии образов и мыслей, пациентов с ОКС применение правила по «изменению правил» может быть парадоксальной ловушкой. Схемы мышления, лежащие в основании их хронических симптомов, которые вторично стали Эго-синтонными, с трудом ими фиксируются и еще с большим трудом подвергаются стабильной модификации. «Внутренние правила» этих пациентов когда-то закреплялись не только путем социального подражания и обучения, они усваивались на фоне высокого эмоционального напряжения, зачастую в конфликтах и стрессах. Видоизменение

этих правил требует чего-то большего, чем научение замечать их предсознательное «включение» и называть их нерациональными.

В работе с пациентами с хроническими ОКС (21 человек) к традиционной процедуре когнитивно-поведенческой терапии нами была добавлена методика арт-анализа. В случае, когда пациент не мог описать свои переживания, связанные с прошлой или настоящей ситуацией или симптомом, ему предлагалось создать серию уточняющих и ассоциативных рисунков в ограниченном интервале времени. Результатом использования такого сочетания двух типов психотерапии стало значительное сокращение времени выявления пациентами дисфункциональных когнитивных схем, запускающим механизмом в которых в большинстве случаев были не рациональные правила, а образы стрессовых ситуаций из прошлого или, более близкие по времени, ассоциативные с ними образы. Кроме того, ограниченное по времени ассоциативное рисование, через механизмы «принятия графического решения», «графического уточнения», «графического действия», повышало спонтанность, когнитивную гибкость пациентов, их общее доверие к себе, своим чувствам и окружающей реальности.

Краткосрочная танцевальная терапия смешанного тревожного и депрессивного расстройства у женщин

А.А. Зайченко, О.О. Белозерова

Саратовский государственный социально-экономический университет (СГСЭУ); МОУ СОШ № 12, г. Саратов, Россия

Цель: изучение терапевтических возможностей и оценка клинической эффективности краткосрочной танцевальной терапии смешанного тревожного и депрессивного расстройства у женщин.

Участники исследования: 30 женщин 16–60 лет (средний возраст — $33,4 \pm 1,3$ года) с диагнозом «смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2).

В течение 42 дней проведено 12 групповых тренингов (продолжительностью по 110–150 минут). Психодиагностическая оценка эффективности танцевальной терапии осуществлялась на первой организационной встрече, «день 0», на 4-м, 8-м и 12-м (завершающем) тренингах с использованием следующих методик: Торонтская алекситимическая шкала, шкалы Монтгомери–Асберг, Гамильтона и Бека оценки депрессии, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Шкала реактивной тревожности Спилбергера–Ханина, Опросник агрессии Басса–Дарки. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ “Statistica 8.0”. Анализ эффективности танцетерапии включал подсчет статистической достоверности различий (критерии Вилкоксона и Стьюдента для связанных выборок) уровней депрессии, тревоги, видов агрессии и агрессивности на этапах танцевальной терапии по сравнению с исходным уровнем, определенным в «день 0». Дополнительно динамика этих показателей прослеживалась в двух группах по 3 человека — с относительно низким уровнем алекситимии и крайне высоким, выделенных по критерию «от $M - 3\sigma$ до $M - 1\sigma$ » и «от $M + 1\sigma$ до $M + 3\sigma$ » (где σ — среднее квадратическое отклонение).

Женщины, предпочитающие танцевальную терапию в качестве формы психокоррекционной работы, обладают высоким уровнем алекситимии.

Танцевальная терапия ведет к снижению уровней депрессии, тревоги и тревожности, агрессии и агрессивности у женщин с выраженной алекситимией. При этом в первую очередь уменьшается уровень депрессии, затем — косвенной и вербальной агрессии и агрессивности, и в последнюю очередь — тревоги, реактивной тревожности и физической агрессии.

Под влиянием танцевальной терапии снижение уровня депрессии более выражено у женщин с относительно низким уровнем алекситимии, а тревоги и агрессии — у женщин с максимальной алекситимией.

Вербальные шкалы обладают ограниченной психодиагностической ценностью при высоком уровне алексити-

мии, приводящем к преимущественной соматизации депрессии, тревоги и тревожности, агрессии и агрессивности.

Дискурсивный подход в терапии неврозов

Е.А. Зельдина

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

Современная психотерапевтическая практика стремится к интеграции опыта, в психологию и психотерапию постепенно проникают лингвистические концепции, появляется дискурсивная психология, нарративная психотерапия, возникают словари психопатологии. Дискурсивный подход уделяет большое внимание не только сути и содержанию речи, но также контексту, в котором больной производит те или иные слова.

Все многообразие речевого проявления пациента в дискурсивном подходе рассматривается как система, элементами которой являются его личностные особенности, жизненная ситуация и сеть существующих отношений. Проблематика пациента находится в контексте его сложных взаимодействий с окружающим миром. Следы отношений проявляют себя не только явно, в форме конкретного указания на значимость тех или иных личностей в жизни больного, их можно обнаружить в дискурсивном поле по некоторым элементам, смысл которых раскрывается впоследствии. Например, в своем рассказе пациент использует слово «тоска» всякий раз, когда речь заходит о спортивных соревнованиях. Само возникновение данного чувства вместо азарта, радости и удовольствия, которые естественным образом могут возникать в процессе соревнований, что отмечает и сам больной, казалось бы, необъяснимо. В ходе дальнейшей беседы слово «тоска» также появляется в рассказе о семье и об отношениях с родителями, и здесь у больного нет противоречий: тоска — то чувство, которое объясняется болезнью. «Я болею и давно нахожусь вне дома, поэтому очень

тоскую по родным». Еще одна связка проясняет взаимосвязь тоски, соревнований и дома: ребенком больному хотелось, чтобы родители присутствовали на спортивных соревнованиях, в которых он регулярно принимал участие, однако в силу различных причин сделать это им удавалось редко. То чувство тоски, которое означает разделенность с родными, по сей день проявляется в ситуации, на первый взгляд с этим чувством никак не связанной.

Внимательность к речи позволяет глубже проникнуть в мир переживаний больного, понять его особенности, его картину мира через те слова, которые он употребляет. Не только через сами слова, но через ту сеть слов, ту систему, которую он выстраивает в речи и которую мы называем дискурсивным полем. Зачастую те или иные слова употребляются больным бессознательно, их связь с проблематикой кажется неочевидной. Открытие смысла и взаимосвязи между употребляемыми словами позволяет работать в тех областях, которые при обычной беседе могли бы остаться незамеченными.

Концепция аллостатической перегрузки при невротических расстройствах

С.А. Иванова, В.Я. Семке

*Научно-исследовательский институт психического здоровья
СО РАМН, г. Томск, Россия*

Проблема генеза и формирования невротических расстройств является актуальной и требует комплексного подхода. Нами предпринята попытка разработать концепцию аллостатической перегрузки на модели невротических расстройств, которая основана на понятии аллостаза, выдвинутом зарубежными исследователями.

Проведено комплексное обследование 173 пациентов с невротическими расстройствами (расстройства адаптации с преобладанием депрессивных реакций и диссоциативные расстройства). Лабораторное обследование включало опре-

деление более 50 показателей, характеризующих разные уровни функционирования гомеостатических систем организма.

Исследование анаболическо-катаболического баланса как основополагающего фактора в формировании аллостатической перегрузки показало, что для пациентов с невротическими расстройствами характерны высокий уровень кортизола, тиреотропного гормона и низкий уровень анаболического гормона нейростероида дегидроэпиандростерона сульфата на фоне снижения содержания серотонина. Показатели активности глутатионзависимых ферментов и каталазы у пациентов достоверно отличаются от контрольной группы, что свидетельствует о вовлеченности антиоксидантных ферментов в патогенез адаптационных нарушений на клеточном уровне. Для пациентов с невротическими расстройствами характерен дисбаланс в оксидантной и антиоксидантной системах, выражающийся угнетением ферментативных антиоксидантов, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и повышением концентрации продуктов перекисного окисления липидов. Исследование спектра молекул средней массы у пациентов показало их изменение в сторону увеличения нуклеарной фракции, что согласуется с активацией апоптоза лимфоцитов на рецепторном и клеточном уровнях.

Уровень функционирования организма при невротических расстройствах можно квалифицировать как состояние аллостатической перегрузки. Нарушение функционирования организма, особенно изменение баланса стрессреализующих и стресслимитирующих систем, создает предпосылки для дальнейших клеточных нарушений, индукции запрограммированной клеточной гибели, усиления деструктивных процессов и эндогенной интоксикации, которые являются интегральным неспецифическим компонентом аллостатической перегрузки.

Работа выполнена при поддержке грантов РГНФ № 06-06-00691а («Разноуровневые системоконплексы психической дезадаптации как фенотипический вариант предрасположенности к стрессовым расстройствам»)

и РГНФ № 08-06-00284а («Разработка гипотезы аллостатической перегрузки при невротических, связанных со стрессом расстройствах»).

Об опыте применения психотерапии в реабилитации комбатантов с пограничными психическими расстройствами

Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова

ФГУЗ МСЧ УВД по Кировской области,

Кировская государственная медицинская академия,

г. Киров, Россия

Психическое неблагополучие у лиц, несущих службу с оружием, может иметь опасные последствия для мирных граждан, что в последнее время широко освещается в средствах массовой информации, но практически не связывается с возможным проявлением агрессии как симптома ПТСР.

Несмотря на обилие работ по вопросам восстановительного лечения милиционеров — участников боевых действий, психолого-психиатрический и психотерапевтический аспект реабилитации комбатантов с эпизодическими психическими нарушениями и донозологическими синдромально очерченными расстройствами психической деятельности в МВД находится на стадии становления. Одна из серьезных проблем — это стигматизированное отношение комбатантов к психотерапевтам и психиатрам, что является препятствием не только для ранней диагностики психопатологической симптоматики, но и для проведения своевременного восстановительного и психопрофилактического лечения.

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности реабилитационного лечения комбатантов с пограничными психическими расстройствами с применением психотерапии.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 103 сотрудника ОВД, выполнявших служебно-боевые за-

дачи в Северо-Кавказском регионе (СКР) в 2000–2009 годах, имевших психические расстройства пограничного уровня, связанные с боевой психической травматизацией. Средний возраст — $31,3 \pm 1,5$ года, средний стаж работы в правоохранительных органах — $10,2 \pm 1,2$ года. Применялись клинико-психопатологический метод и скрининг-анкетирование для ранней диагностики психопатологической симптоматики после возвращения из СКР и по окончании реабилитации. Реабилитация включала медикаментозную коррекцию (антидепрессанты, анксиолитики, нейролептики) и мультимодальную психотерапию. Лечение проводилось в стационаре в течение двух недель с последующим амбулаторным курсом до трех месяцев.

Для статистической обработки применяли t-критерий Стьюдента и F-критерий Фишера (компьютерная программа SPSS for Windows, Vers. 10).

Психотерапия, проводимая с комбатантами была направлена на:

- 1) формирование мотивации на лечение и преодоление стигматизированного отношения к лечебному процессу;
- 2) изучение участниками своих личностных особенностей;
- 3) коррекцию когнитивной модели жизнедеятельности;
- 4) формирование навыков адаптивного поведения у комбатантов на службе и в быту;
- 5) обучение приемам психической саморегуляции и расширение психологических возможностей для обретения контроля над эмоциональными реакциями и снижения тревожности.

Применялись следующие психотерапевтические техники: рациональная психотерапия в классическом варианте по методу Поля Дюбуа; гипносуггестивная психотерапия; арт-терапия; семейная психотерапия.

Результаты и обсуждение. При клиническом обследовании комбатантов чаще всего диагностировалось ПТСР — в 58,2% случаев (эксплозивный вариант — 17,1%; тревожный — 15,2%; соматоформный — 16,2%; истеро-конверсионный ва-

риант — 5,7%); расстройства адаптации в виде: кратковременной депрессивной реакции — 22,9%, пролонгированной депрессии — 0,9%, смешанной тревожно-депрессивной реакции — 3,8%, нарушений поведения — 14,3%.

В структуре психических нарушений преобладали симптомы невротического и психопатического круга: раздражительность, перепады настроения, страх, тревога, нарушения сна, вспышки гнева, конфликтность, агрессивность, «флеш-бек» симптомы. Имелась четко очерченная депрессивная симптоматика с дисфоричным оттенком с потерей «радости в жизни», ощущение «пустоты» и «бесчувствия». Клинически были выявлены: ограничение интересов, межличностного общения, жесткость, негативизм по отношению к окружающим, ангедония, агрессивность и импульсивность при выраженной фиксации на служебно-боевой деятельности и ее значимости, что являлось почвой для развития социальной изолированности и ограничения круга общения «понимающими сослуживцами». Несмотря на имеющиеся проблемы с психическим здоровьем, 80% комбатантов желали бы участвовать в боевых действиях снова.

После реабилитационного лечения с применением психотерапии у большинства комбатантов (81,5%) психопатологическая симптоматика редуцировалась. Удалось частично изменить отношение комбатантов к психотерапевтическому лечению и не только создать мотивацию на откровенность при психодиагностических осмотрах, но и сформировать позитивный настрой по отношению к реабилитационным мероприятиям. Достоверная положительная динамика была отмечена в эмоциональном состоянии комбатантов: депрессивная симптоматика редуцировалась в 51,1% случаев ($p < 0,001$). Улучшение межличностного функционирования снизило риск дезадаптивных антисоциальных форм реагирования в виде агрессивности, вспышек гнева. У значительной части комбатантов до проведения реабилитационных мероприятий отмечались напряженные и конфликтные отношения в семье, которые улучшились

после проведенной семейной психотерапии и не привели к распаду брака.

Выводы. Для повышения эффективности реабилитации комбатантов целесообразно комбинировать психофармакологические методы лечения и мультимодальную краткосрочную психотерапию с личностно-ориентированным подходом. Комплексные реабилитационные мероприятия способствуют редукции проявлений ПТСР, предотвращают хронизацию психопатологической симптоматики, оказывают профилактическое воздействие на формирование антисоциального и аутоагрессивного поведения комбатантов.

Нозологическая представленность «невротического развития личности» в контексте МКБ-10

Т.М. Кадырова, Б.А. Борболдоев

*Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева (КГМА), Республиканский центр
психического здоровья (РЦПЗ),
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), и в частности, 5 глава, касающаяся психических и поведенческих расстройств (F00–99), официально используется во всех психиатрических учреждениях Кыргызской Республики с 1998 года, с того же времени разработана и принята новая статистическая форма учета психических расстройств (форма 10). Форма отчетности претерпела значительные изменения в связи с видоизменением терминологии диагностических рубрик, а также их квалификационных характеристик. В частности, «невротическое развитие личности» трансформировалось в целый ряд иных диагностических форм и представлено в МКБ-10 невротической депрессией, или дистимией (F34.1), генерализованным тревожным расстройством (F41.1), обсессивно-компульсивным (F42), диссоциативными (F44) и соматоформными рас-

стройствами (F45). Идентификация указанных нарушений с невротическим развитием личности связана, прежде всего, с «временным» параметром, где в качестве одного из диагностического и обязательного критерия выступает продолжительность психопатологических симптомов не менее двух лет. Следует отметить, что понятие «расстройство», рекомендованное взамен понятия «болезнь» в МКБ-10, предполагает его относительную динамичность во времени, то есть более или менее очерченное начало, период наибольшей выраженности клинической симптоматики с последующим ее уменьшением, тогда как «невротическое развитие» означает уже пролонгированное и относительно устойчивое состояние с формированием патохарактерологических признаков. В практической деятельности психиатров и психотерапевтов часты случаи «хронически» протекающих форм невротических расстройств. В этом плане более целесообразным является использование диагноза «расстройства адаптации» (F43.2), особенно в ситуации хронического стресса, воздействия длительно действующих или часто повторяющихся психических травм, либо наложения новых психологических проблем. Однако данное расстройство в соответствии с диагностическими указаниями в МКБ-10 ограничено временными параметрами в шесть месяцев, что затрудняет использование этого диагноза.

Расширительное толкование невротического развития личности в контексте МКБ-10 ведет к неоднозначному подходу в плане диагностики вышеперечисленных расстройств. Необходимо унифицировать диагностику невротического развития личности в рамках расстройств адаптации без ограничений параметром времени, либо в контексте «других невротических расстройств» (F48), либо выделить отдельную диагностическую рубрику в разделе F40–49 МКБ-11.

Ретроспективный анализ изменения клинических и экспериментально-психологических характеристик невротических расстройств

Т.А. Караваева, Е.А. Колотильщикова, Е.Б. Мизинова,
Т.С. Вьюнова, О.А. Мастакова

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

Знание динамики изменений невротических расстройств и понимание их связи с социально-экономическим развитием общества имеют важное научное и практическое значение, поскольку позволяют успешнее решать диагностические и дифференциально-диагностические задачи, уточняют роль биопсихосоциальных факторов в этиопатогенетических механизмах, отражают влияние ведущих терапевтических методов на течение заболевания и способствуют выработке эффективных психотерапевтических и реабилитационных стратегий.

На изменение клинко-психопатологической картины невротических расстройств оказывают влияние различные аспекты. Будучи формой патологии, развитие и клинические проявления которой тесно связаны с разнообразными нарушениями многогранной системы отношений личности, неврозы обнаруживают непосредственную зависимость от множества факторов, составляющих внешнюю среду и внутренние условия жизнедеятельности человека. В их клинической картине получает отражение социальный уклад общества, его установки, ценности, нравы, обычаи, а также уровень культуры, интересы больного. Указанные факторы динамичны и изменчивы, так как находятся в постоянном развитии. Они во многом определяют изменения клинической симптоматики и течения неврозов. В то же время углубленное понимание сущности невротических расстройств, возможности детальной диагностики с помощью современных, комплексных медицинских, инструментальных и экспериментально-психологических методов и, в связи с этим, спо-

способность тонкого дифференциального распознавания различных состояний позволяют по-новому оценить клинические проявления на современном этапе.

Исследования показали, что в связи с социально-экономическими переменами, произошедшими в нашей стране за три последних десятилетия, явлениями истинного и ложного патоморфоза существенно изменились многие параметры, характеризующие эпидемиологию, клинику, особенности течения, психологическую основу невротических расстройств, что в связи с задачами повышения эффективности в свою очередь определило необходимость коррекции психотерапевтических подходов в лечении пациентов, появление специфических особенностей в современных психотерапевтических и реабилитационных стратегиях.

Так, в настоящее время все большее распространение получают практические и лечебные руководства, основанные на строгой научно-исследовательской базе и описывающие конкретные рекомендации по технике и структуре построения интервенций. Эмпирическое подтверждение новых психотерапевтических подходов строится с учетом результатов клинико-социальных и клинико-психологических исследований, что обеспечивает создание более строго сфокусированных терапевтических стратегий, направленных на лечение конкретных пациентов с конкретными видами нарушений.

Для больных с невротическими расстройствами основным элементом этиопатогенеза, на который прежде всего должны быть направлены психотерапевтические воздействия, является внутриличностный конфликт, определяющий развитие характерных межличностных конфликтов. Масштабные исследования этой важнейшей психологической категории с привлечением современных экспериментально-психологических методов, а также сопоставление полученных данных с результатами измерения содержания, уровня выраженности, степени осознанности внутриличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами предыдущих нескольких десятилетий позво-

лили проанализировать характер произошедших изменений и их связь со стрессогенным влиянием социальных, экономических и политических перемен, захлестнувших Россию на рубеже XX столетия.

Аналогичные многоаспектные исследования проведены и в отношении множества других психологических характеристик больных с невротическими расстройствами, включая изменения психического (эмоционального и функционального) состояния, индивидуально-психологические особенности личности, систему отношений, в том числе отношение к болезни, механизмы психической адаптации, коммуникативные характеристики, ценностные ориентации и т. д., вскрывающие закономерности клинического патоморфоза, коморбидности, патогенеза и психотерапии.

Невроз как проявление адаптации в социуме за счет ближайшего окружения

Л.И. Козловская

*Санкт-Петербургская медицинская академия
им. И.И. Мечникова, Россия*

Широкая распространенность невротических расстройств определяет их огромную значимость не только для самих пациентов, но и для общества в целом.

Проведенное нами обследование 75 супружеских пар, в которых один из партнеров страдал невротическим расстройством, показало, что больные оказывают невротизирующее влияние не только на подрастающее поколение, что является общеизвестным фактом, но и на своих супругов.

Выявлено, что больные с невротическими расстройствами адаптируются в социуме за счет своих супругов (или других лиц из ближайшего окружения). Для обоих партнеров по браку характерен низкий творческий потенциал. Вследствие этого их взаимодействие не только не отличается разнообразием, но и характеризуется определенными паттернами поведения, усиление которых способно оказы-

вать дезадаптирующее влияние на супругов. Другими словами, больной с неврозом адаптируется в социуме, дезадаптируя при этом своего супруга. Подобную адаптацию мы считаем патологической.

Анализ результатов проведенного исследования и опыт психотерапевтической работы позволяют рассматривать невроз как патологический способ адаптации человека в социуме за счет его ближайшего окружения, в основе которого лежит низкий уровень самоактуализации индивида, как причина его неспособности опираться на самого себя в преодолении жизненных трудностей.

Для нас самоактуализация — это овладение индивидом собственными возможностями и способностями как инструментом познания мира, следствием чего является его адаптация в социуме благодаря опоре на самого себя.

Низкий уровень самоактуализации является характерным признаком больных с неврозом, что наряду с их склонностью к фрустрированности и тревожности приводит к ухудшению адаптации на психическом уровне, а это в свою очередь ухудшает адаптацию пациентов на соматическом и межличностном уровнях. Можно говорить о дисгармоничном (дезадаптивном) функционировании больных с невротическими расстройствами на соматическом, психическом и межличностном уровнях.

«Недоверчиво-скептический» стиль межличностных отношений, наиболее типичный для больных с невротическими расстройствами обоих полов, позволяет считать их основным источником конфликтов в межличностных отношениях. Следствием низкого уровня самоактуализации больных с невротическими расстройствами является их неспособность опираться на самих себя, что приводит к потребности в других людях для адаптации в социуме.

Изучение силы эффекта психотерапевтического воздействия при реабилитации комбатантов

С.А. Колов

*Волгоградский областной клинический госпиталь
ветеранов войн, г. Волгоград, Россия*

В настоящее время отсутствует метод психотерапии, способный купировать все проявления посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других психических изменений у комбатантов, нет и базовой теории, на которой такое лечение могло бы основываться. Для реабилитации комбатантов нами была предложена модификация личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Ташлыкова, Исуриной, основанной на теории личности В.Н. Мясищева, которая наилучшим образом позволяет объяснить все клинические и социально-психологические проблемы участников боевых действий.

Целью данного исследования было изучение силы эффекта психотерапевтического воздействия личностно-ориентированной психотерапии.

Были обследованы 106 комбатантов, разбитых на 2 группы, 1-я — проходившие курс модифицированной групповой личностно-ориентированной психотерапии (44 человека, средний возраст $39,84 \pm 7,79$ года), 2-я (контроль) — 62 ветерана (средний возраст $39,15 \pm 7,42$ года). Для сравнения использовались параметры с соблюденным равенством дисперсий (обязательное требование для примененного статистического метода): ПТСР («Миссисипская шкала посттравматических стрессовых реакций, военный вариант»), Д (шкала депрессии А. Бека), ЛТ (тест личностной тревожности Спилбергера), параноидность (PAR), межличностная сенситивность (INT), враждебность (HOS) из опросника SCL-90-R. Методика вычисления «силы эффекта» психологического воздействия описывает стандартизированным образом, насколько пациент терапевтической группы вылечился лучше, чем «средний» пациент контрольной группы.

Результаты. Максимальная сила эффекта проявилась на симптомах ПТСР — 1,39 (ретестовые показатели в 1-й группе — $73,80 \pm 15,72$, во 2-й группе — $92,79 \pm 13,63$), ЛТ — 0,99 (в 1-й группе — $40,18 \pm 7,59$, во 2-й группе — $50,65 \pm 10,58$), Д — 0,86 (в 1-й группе — $7,57 \pm 6,64$, во 2-й группе — $14,03 \pm 7,52$), PAR — 0,86 (в 1-й группе — $0,50 \pm 0,42$, во 2-й группе — $1,12 \pm 0,72$), INT — 0,85 (в 1-й группе — $0,55 \pm 0,53$, во 2-й группе — $1,09 \pm 0,64$), NOS — 0,51 (в 1-й группе — $0,74 \pm 0,70$, во 2-й группе — $1,15 \pm 0,81$). При силе эффекта 1,39 82,5% испытуемых из 2-й группы имеют значение переменной, не больше среднего аналогичного показателя из 1-й группы.

Следовательно, для всех измеренных показателей «сила эффекта» находилась в максимально выраженном диапазоне, при этом все они имеют личностный (ЛТ, Д, PAR) или межперсональный контекст (INT), что свидетельствует о правильности выбранного личностно-ориентированного психотерапевтического подхода и его эффективности для изменения клинических, личностных и межличностных проблем у комбатантов.

К решению дифференциально-диагностических задач при невротических расстройствах экспериментально-психологическими методами

Е.А. Колотильщикова

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

За последние пятьдесят лет накоплен большой объем данных, полученных с помощью разнообразных экспериментально-психологических методов исследования, используемых в решении дифференциально-диагностических задач при невротических расстройствах. Анализ литературных источников показывает — насчитывается около 50 методов и методик, которые доказали свою высокую эффективность в способности дифференцировать больных с невротическими расстройствами от здоровых лиц, пациентов с неврозо-

подобными, психосоматическими, личностными и другими нервно-психическими расстройствами. Однако применение всего этого диагностического инструментария во многих случаях невозможно как по причине значительных временных затрат, так и по причине низкой информативности для клиницистов множества изученных психологических характеристик. Нередко заключение клинического психолога представляет собой разрозненный набор данных, изложенных без рассмотрения взаимосвязи между ними, никак не помогающих лечащему врачу уточнить аспекты развития декомпенсации больного с невротическими нарушениями.

В этой связи встает вопрос о необходимости определения экспериментально-психологических методов, позволяющих получить наиболее существенные показатели для различения пациентов, относящихся к разным нозологическим группам. Одним из возможных путей решения этой задачи является использование многомерных методов статистического анализа, и в частности, дискриминантного, дисперсионного, кластерного и регрессионного анализов. Они позволяют не только структурировать и классифицировать большой объем исследовательской информации, но и вырабатывать так называемые «решающие правила», определять «предсказательный вес» тех или иных переменных.

Так, например, применение дискриминантного анализа позволило выявить, что больных с истерическими нарушениями от пациентов с другими невротическими расстройствами наиболее существенно отличают высокие показатели конфликта между потребностями быстрых достижений и отсутствием способности к усилию и настойчивости, низкий уровень общей интернальности и значительная степень выраженности защитного механизма «замещение». В диагностике этой нозологической группы рекомендовано использовать методики «Индекс жизненного стиля», «Уровень субъективного контроля», симптоматический опросник Александровича и «Опросник для изучения степени осознания пациентами психологических механизмов своего заболевания», из 15 дру-

гих экспериментально-психологических методов, изученных в ходе анализа, именно они позволяют наиболее точно верифицировать пациентов с истерическими расстройствами. В то же время в дифференциальной диагностике невротических и неврозоподобных расстройств больший вес имеют Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SymptomCheckLisf-90-Revised — SCL-90-R), Методика для исследования стадий психотерапевтических изменений URICA, «Опросник для изучения степени осознания пациентами психологических механизмов своего заболевания» и Гиссенский личностный опросник (Gieben-Test — GB), а наиболее значимо больных с невротическими расстройствами от пациентов с неврозоподобными нарушениями отличает высокий уровень тревожности, в частности агорафобическая симптоматика.

Клинические типы ремиссий хронического алкоголизма

А.С. Конищев, С.А. Шамов, И.В. Старкова

Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия

Цель: выделить клинико-психопатологические варианты ремиссий невротического уровня у больных алкоголизмом.

Материалы и методы. Нами были обследованы 115 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет, находящихся на лечении в СКБ № 8 им. В.И. Соловьева, с длительностью ремиссии более 1 года.

Результаты. У пациентов выявлялась тревожная, фобическая, ипохондрическая и депрессивная симптоматика, органический психосиндром. Анализ клинико-психопатологических особенностей позволил выделить 3 группы больных.

В группу с депрессивным типом течения ремиссии алкоголизма вошли 47 человек (40,87%). Наиболее выделялись такие симптомы, как сниженное настроение, снижение работоспособности, идеаторная и моторная заторможенность, раздражительность, снижение аппетита, расстрой-

ства сна. По результатам психометрического исследования средний балл по шкале опросника тревоги Гамильтона (HARS) у больных составил $22,4 \pm 8,1$; по шкале опросника депрессии Гамильтона (HDRS) — $32,8 \pm 7,5$. В группе с депрессивным вариантом течения алкогольной ремиссии преобладающими акцентуациями характера был демонстративный (36,2%), темперамента — эмотивный (68,1%) и циклотимический с частой сменой гипертимных и дистимных состояний (72,3%).

В группу с психоорганическим типом вошли 26 человек (22,61%). При поступлении отмечалась астеническая симптоматика со слабостью, расстройствами сна, эмоциональной лабильностью, вегетативными нарушениями. Средние психометрические показатели при поступлении составили: по шкале опросника тревоги Гамильтона — $21,2 \pm 9,3$ балла; по шкале опросника депрессии Гамильтона — $30,4 \pm 9,6$ балла. Наиболее распространенными типами акцентуации характера в этой группе были застревающий и возбудимый (по 30,8%), темперамента — эмотивный (61,5%) и циклотимический (73,1%).

В группу с тревожно-фобическим типом течения ремиссии алкоголизма вошли 42 человека (36,52%). У пациентов наблюдались панические атаки, агорафобия, ипохондричность, мнительность, выраженная тревога. При поступлении средний балл по шкале опросника тревоги Гамильтона составил $26,1 \pm 7,6$; по шкале опросника депрессии Гамильтона — $28,4 \pm 7,2$. При тревожно-фобическом варианте ремиссии алкоголизма у пациентов отмечались демонстративная (33,3%), застревающая (26,2%) и педантичная (28,6%) акцентуации характера и тревожная (54,8%) и циклотимическая акцентуации темперамента (57,4%).

Выводы. Группа больных в ремиссии невротического уровня алкоголизма гетерогенна. Были выделены подгруппы, различные по своим клинико-психопатологическим и психическим особенностям.

Сочетанность тревожных и депрессивных расстройств

Н.А. Корнетов, А.В. Сорокина

*Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск, Россия*

Тревога и депрессия, беспокойство и торможение функций «Эго» являются наиболее распространенными антропотипическими реакциями и состояниями. В эволюционно-биологическом отношении они формировались как адаптивные механизмы гибкого реагирования к разнообразию окружающего мира. Учение о рефлексах И.П. Павлова и теория Г. Селье с разных позиций описывают рефлекторное возбуждение и угасательное торможение, тренирующий, напряженный режим и фазу резистентности. При сверхсильных раздражителях (стрессорах) на фоне определенной генетической диспозиции, астенизации «почвы» и десинхронизации нейробиологических механизмов формируется рефрактерная фаза, и теряются возможности к естественному преморбидному восстановлению приспособления. Тревожно-депрессивное расстройство с часто практически равной симптоматологией в клинике является типичной ситуацией.

Цель: измерить валидными опросниками симптомы тревоги и депрессии у студентов.

Участники, материалы и методы. В исследовании с информированного согласия приняли участие 116 студентов медицинского университета, мужчин — 26, женщин — 90 человек. Возраст студентов — $21,51 \pm 2,48$ года. Методы исследования: оценочная клиническая шкала тревоги Шихана, шкала PHQ-9 для депрессии (Kroenke K. et al., 2002). Статистическая обработка проводилась с помощью критериев Крускала–Уолиса, Манна–Уитни и коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты исследования. Оценивалась выраженность депрессии по PHQ-9 у студентов с нормальным, субклиническим и клинически значимым уровнем тревоги по

шкале Шихана. Было установлено, что при субклиническом уровне тревоги, так же как и при ее клинически выраженной симптоматике, частота симптомов депрессии нарастала с аналогичной вероятностью до клинического уровня ($p < 0,01-0,001$).

Обсуждение. Д. Голдберг, П. Хаксли (1999) считают измерительные методы более репрезентативными, чем описательные. Тревога и депрессия при пересечении порогового значения не могут быть отнесены к одной диагностической категории по МКБ-10.

Заключение. Современная категориальная система при коморбидности тревоги и депрессии дискретно их недостаточно разделяет. С учетом множественных исследований по данному вопросу, вероятно, тревожная депрессия может рассматриваться как отдельная диагностическая категория в будущих категориальных системах, без отрицания депрессивного эпизода и других подтипов депрессивных расстройств.

Состояние эмоционального статуса у сосудистых больных в Республике Коми

Ж.Е. Коротаева, Л.В. Князева

*Коми филиал Кировской государственной медицинской академии,
Коми республиканская психиатрическая больница,
г. Сыктывкар, Россия*

Аффективные расстройства являются самостоятельным фактором риска развития острого нарушения мозгового кровообращения. Сочетание неврологического дефицита и депрессии ведет к снижению качества жизни, негативному отношению к лечению. Задачей исследования являлась оценка выраженности эмоциональных нарушений у больных с ЦВЗ. Были сформированы 4 группы пациентов. В 1-ю группу вошли больные с диагнозом «облитерация и стеноз внутренней сонной артерии» (75%) — 49 человек (36 мужчин и 13 женщин). 2-я группа — больные с диагнозом «ги-

пертоническая болезнь 2–3 ст.» — 121 человек (65 мужчин и 41 женщин). 3-я группа — больные после транзиторной ишемической атаки (ТИА) — 32 человека (17 мужчин, 15 женщин). 4-я группа — здоровые респонденты — 34 человека. Используются тесты: САН, Спилбергера–Ханина, Клиническая шкала тревоги и депрессии. Была проведена клиническая оценка эмоциональных нарушений с учетом жалоб. У всех больных наиболее часты жалобы на общую слабость, апатию, быструю утомляемость, неустойчивое настроение, отмечались раздражительность, слезливость, немотивированное чувство страха, тревоги.

В 1-й группе достоверно выше уровень тревожности относительно других групп ($p < 0,01$). У 47% — высокая личностная тревожность (ЛТ), а ситуативная тревожность (СТ) была повышена только в 13% случаев. У 23% больных тревожность была очень низкой, что говорит о недостаточной адекватности эмоций. По тесту САН 53% больных имели снижение самочувствия, 60% — снижение активности и 40% снижение настроения. У 8% больных выявлены клинические признаки депрессии. Апатия и эмоциональная лабильность также чаще в 1-й группе относительно других ($p < 0,05$). Во 2-й группе ЛТ достоверно ниже чем, у больных 1-й группы, а СТ выше и составляет 20% ($p < 0,05$). По данным САН, выявлено снижение самочувствия у 30%, а снижение активности и настроения у 5% больных. В 3-й группе было выявлено 37% больных с депрессивными расстройствами, большей частью реактивными, но у 6% пациентов клиника депрессии возникла до ТИА и, возможно, спровоцировала ее. Сами больные считают ее причиной ОНМК. Уровень ЛТ и СТ здоровых респондентов был в пределах нормы. По тесту САН отмечается снижение самочувствия и активности у 10% обследуемых, снижение показателя настроения у 4% опрошенных.

Выводы. Выявлены значимые аффективные расстройства у больных с ЦВЗ. Это определяет целесообразность их ранней диагностики для снижения риска развития мозговой катастрофы.

Варианты нарушения адаптации в зависимости от характера невротических проявлений при посттравматических стрессовых расстройствах

Е.А. Косенко, С.П. Генайло

Владивостокский государственный медицинский университет, г. Владивосток, Россия

Воздействие психической травмы на личность исследовалось на протяжении многих лет и продолжает изучаться. Проблема боевого посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) имеет фундаментальное значение для развития теории пограничных состояний. Не менее важным является и социально-гуманистический аспект, касающийся физического и психического здоровья военнослужащих после возвращения к мирной жизни, их адаптации и реабилитации. С.Г. Сукиасян (2009) считает, что для более отдаленных периодов ПТСР характерны проявления «комбатантной» психопатии. С 2006 по 2009 год обследованы 74 комбатанта в возрасте от 28 до 40 лет, которые, согласно критериям МКБ-10, обнаруживали признаки ПТСР. Анализ степени выраженности отдельных симптомов ПТСР и их сопряженности с психопатологической структурой депрессии позволил у 40 человек (54,1%) выделить астенический тип невротических расстройств, у 18 (24,3%) — обсессивно-фобический и у 16 (21,6%) — диссоциативный (конверсионный). Длительная ангедония, сочетающаяся с тревогой, немотивированными страхами и раздражительностью, провоцировала вспышки конфликтности и агрессивности даже по незначительному поводу. После психомоторного возбуждения с вербальной или физической агрессией наблюдалось снижение тревоги и напряженности. Зная эту закономерность, обследуемые нередко сами моделировали конфликтные ситуации, искали «на ком сорвать зло». Снижению тревоги и напряженности способствовал также поиск удовольствия в форме злоупотребления алкоголем и промискуитета. Можно сказать, что в большинстве случаев аддиктивное поведение обследуемых, проявление неприятия окружающей действи-

тельности являлись поведенческим маркером внутренней тревоги и эмоционального напряжения. Диссоциативный (конверсионный) тип невротических расстройств оказался самым неблагоприятным в аспекте психопатоподобных проявлений, выявлены наиболее высокие показатели злоупотребления алкоголем (75%), промискуитета (75%), распада семьи (28,6%) и наименьшая группа обследуемых без нарушения адаптации (25%). При астеническом варианте невротических расстройств обращало на себя внимание меньшее число лиц с проявлениями промискуитета (5%) и распадом семьи (5,7%) при высоких цифрах злоупотребления алкоголем (67,5%). У обследуемых с обсессивно-фобическими расстройствами наряду с высокими показателями злоупотребления алкоголем (61,1%) отмечены промискуитет у 38,9% и распад семьи у 14,3%. При этом среди обследуемых без нарушения адаптации наиболее значимо (38,9%) была представлена группа лиц, обнаруживающих обсессивно-фобические расстройства. Показатели, определяющие сложности карьерного роста, были практически равновероятными для всех типов невротических расстройств (от 12,0% при астеническом до 16,7% при обсессивно-фобическом).

Психокоррекционная работа с родителями детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

Н.В. Костылева

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

Одной из главных проблем современного общества является ухудшение здоровья детей как результат неблагоприятного воздействия социально-экономических, экологических и школьных факторов. За время обучения в школе почти в 4 раза увеличивается количество психопатологических состояний, среди которых одно из ведущих мест занимает синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Подход к коррекции детей с СДВГ и их адаптации в

коллективе должен быть комплексным, включающим медицинскую, психологическую и педагогическую помощь. Психологическая коррекция детей с СДВГ не будет успешной без вовлечения в работу родителей этих детей.

В отделении детского дневного стационара (ДДС) на базе школы № 21 Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева в течение года проходят комплексную реабилитацию от 30% до 50% детей с СДВГ от числа всех детей с пограничной нервно-психической патологией. Когда родители обращаются за помощью в ДДС, уже отчетливо наблюдаются последствия СДВГ: усугубление поведенческих проблем у детей, нарастающие изоляции их в детском коллективе, отчаяние матерей, находящихся на грани нервного стресса, стремление отцов больше времени проводить на работе, чем дома, споры и разногласия в семье. Родители детей с СДВГ отмечают, что чувствуют себя разочарованными, нервными, опустошенными, злыми, обессиленными, растерянными. Как правило, они устали слышать упреки от учителей (не всегда обоснованные и справедливые и часто резкие) и поэтому особенно нуждаются в понимании и эмоциональной поддержке.

На начальном этапе психокоррекционной работы необходимо оказать психологическую поддержку родителям детей с СДВГ, сформировать положительное отношение родителей к перспективам совместной работы и их уверенность в том, что их участие станет самым существенным элементом помощи ребенку, так как оно будет систематическим, заинтересованным и будет обладать глубоким эмоционально-ценностным содержанием.

Следующий этап работы с родителями включает информирование: разъяснение особенностей ребенка, причин возникновения отклонений в его поведении, а также объяснение того, какие опасные последствия для ребенка несет нескоординированное общение с ним. Все дети, посещающие ДДС, проходят углубленную диагностику познавательных способностей, эмоционально-волевой сферы, особенностей взаимоотношений в семье и школе. Результаты экспе-

риментально-психологического исследования обязательно сообщаются родителям, и даются рекомендации, позволяющие последовательно день за днем регулярно и планомерно заниматься ребенком.

Третий этап в психокоррекционной работе с родителями детей с СДВГ — это обучение их эффективным способам взаимодействия с такими детьми. Прежде всего, родителям необходимо помочь ребенку понять себя, если этого уже не сделал психолог. Ребенку необходимо знать о болезни, точно так же, как и лицам, воспитывающим его.

Многие исследователи, изучающие детей с СДВГ, указывали, что психосоциальный фактор является управляемым фактором развития СДВГ. Изменив окружение ребенка и отношение к нему, можно повлиять на течение заболевания и значительно снизить влияние медико-биологических факторов.

У детей с СДВГ, пролеченных в 2008 году в ДДС при школе № 21, в 38,5% случаев отмечалась нетипичная ситуация в семье (родители были в разводе, ребенок воспитывался отчимом либо опекунами). У 23 учеников (44,2%) от всех детей с СДВГ рисунок семьи отражал восприятие семейных взаимоотношений как проблемных. Причем там, где имела место нетипичная ситуация в семье, рисунки семьи как проблемные отмечались в 75% случаев.

Первый шаг на пути налаживания позитивных межперсональных связей в семье — это научиться воспринимать своего ребенка со всеми положительными и отрицательными сторонами. Основные рекомендации, которые необходимо проработать с родителями детей с СДВГ: ставить реальные цели; поддерживать своего ребенка — «Я знаю, у тебя это получится»; найти у ребенка «остров компетенции» (каждый что-то умеет делать хорошо); направить кипучую энергию гиперактивного ребенка в нужное русло (хорошо помогают занятия спортом); помочь детям научиться дружить; формировать самостоятельность и ответственность каждодневно в любых, даже незначительных делах.

В работе с родителями детей с СДВГ психолог должен умело использовать свой авторитет специалиста, ставя в

прямую зависимость успешность реализации целей помощи детям с СДВГ от выполнения рекомендаций. Необходимо постоянно подчеркивать значимость вклада родителей в процесс изменений, их главенствующую роль в воспитании. Быть родителями ребенка с СДВГ трудно, но еще труднее — быть этим ребенком.

Психосоциальные факторы патоморфоза неврозов

О.В. Кремлева

*Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург, Россия*

Что обуславливает эти чудесные превращения неврастении в синдром хронической усталости, тревожного невроза — в приступы вегетативной тревоги (паники), и даже при-вычной, очень когнитивной ипохондрии — в соматизационное расстройство и соматоформную боль? Помимо интрапсихической защитной подоплеки невротических симптомов, они выражаются в социальном поведении, адресуясь к микросоциальному окружению. Символически эти коммуникативные сигналы выражают страдание, поиск внимания и обращение за помощью и заботой. «Помогающий, заботливый» отклик окружения мобилизует вторичную выгодность, которая поддерживает невротическое поведение, и тогда индивидуальное страдание больного неврозом не исчезает, но разделяется его семьей. Однако нарастающая жесткость, конкурентность, индивидуалистичность нашего мира делает даже ближайшее окружение все менее откликающимся на призыв о помощи, а традиционные симптомы эмоционального дистресса — все менее социально приемлемыми и легитимными. Со все большим удалением человеческой цивилизации от общины и ее ценностей функция заботы и поддержки делегируется медицинскому персоналу, покидая семью. Это ведет, с одной стороны, к тому, что родственники становятся посредниками врачей и медикаментов, осуществляя по большей части «воспитательные мероприятия», в которые вложено

немало оценок, критики, отвержения и рекомендаций, подталкивающих к обращению за медицинской помощью. В свою очередь профессиональная биомедицинская модель игнорирует симптомы эмоционального дистресса, дистанцируясь от человеческой стороны страдания посредством медикаментозного лечения. С точки зрения биомедицины легитимны лишь симптомы соматического страдания — физическая боль и дисфункция, остальное — «выдумки или симуляция». Все чаще только соматические симптомы, особенно сопровождаемые поведенческой картиной страдания, способны на какое-то время привлечь заботу и поддержку значимых лиц к невротической личности, что посредством вторичной выгоды закрепляет соматическое выражение невротического конфликта. Защитный механизм соматизации, участвующий в формировании соматоформных симптомов тревожных и невротических расстройств, эффективно обеспечивает больным неврозами первичную выгодность и легитимизирует современный невроз как в ближайшем микросоциуме, так и в глазах врачей. Этот скрытый «общественный договор» работает, пока манипуляции не разоблачаются врачами и больной неврозом не изгоняется в психиатрическую клинику, под неодобрение семьи и позорную стигму со стороны общества.

Опыт работы психотерапевтической службы в Центре реабилитации «Вятские Увалы»

О.Н. Крюкова

*Центр реабилитации Фонда социального страхования,
Кировская область, Россия*

Центр реабилитации «Вятские Увалы» был организован в 1999 году. В настоящее время он рассчитан на 511 коек, из них 80% для пациентов, пострадавших на производстве и имеющих профессиональную патологию.

Психотерапевтический кабинет в условиях Центра был открыт в 2001 году. В штате состоят психотерапевт и медицинский психолог. К психотерапевту направляются па-

циенты с психическими расстройствами, обусловленными органическим поражением головного мозга или соматической болезнью; с невротическими и аффективными расстройствами, соматоформными нарушениями и расстройствами адаптации. Соотношение невротических и неврозоподобных расстройств составляет примерно 3:2.

Гипносуггестия проводится в зале, оснащенном аудиоаппаратурой, свето-сенсорной системой, аппаратом для ингаляций парами эфирных масел «Фитотрон».

Психотерапевтическая помощь в 2009 году была оказана 22,1% пациентам от числа всех лиц, пролеченных в Центре реабилитации, в том числе по программе ранней посттравматической реабилитации — 91,3%.

Психотерапевт оказывает консультативную и лечебную помощь в виде индивидуальной и групповой психотерапии. В индивидуальной работе используются приемы рациональной и патогенетической психотерапии для коррекции представлений, суждений, умозаключений пациента, а также методы гипносуггестии, символ-драмы, имаготерапии, проективного рисунка, сказкотерапии по методике Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой, телесно-ориентированной психотерапии и метод нейробиорегуляции по механизму обратной связи. В работе психотерапевта с группой применяются релаксационный тренинг по методу Н. Пезешкиана и патогенетическая психотерапия В.Н. Мясищева, аутогенная регуляция с психогигиеническими беседами, ароматерапия, а также техники психотерапии творческим самовыражением.

Практика показала, что психотерапевтическую работу в условиях реабилитационного центра удобнее проводить в группах открытого типа, ориентированных на терапевта. Курс лечения составляет 8–12 процедур. Длительность сеанса 50 минут. Строгая структурированность сеанса по времени позволяет пациентам сочетать их с другими процедурами в удобном для лечения режиме.

Хорошо зарекомендовало себя «одеяло лечебное многослойное» (г. Таганрог), которое обладает способностью

оптимизировать функционирование регуляторных и защитных подсистем. Сочетание метода лечебного гипноза с использованием «одеяла лечебного многослойного» применяется как метод краткосрочной психотерапии в случаях острых и подострых реакций на стресс.

Психолог оказывает консультативную помощь и проводит диагностическое тестирование, позволяющее оценить функциональное состояние нервной системы в начале и по окончании курса лечения, а также личностные особенности пациента, ведет в группе сеансы аутотренинга, сеансы по программе музыкальной терапии по методу С.В. Шушарджана, сказкотерапию. У пострадавших на производстве в результате травм проводится оценка профессиональной пригодности.

В условиях Центра реабилитации лучше поддавались лечению тревожно-фобические расстройства, вегетативная дисфункция с нарушениями сна, повышением артериального давления, эмоционально-лабильное и астеническое расстройства. Сложнее лечатся аффективные и ипохондрические расстройства.

За время работы психотерапевтической службы в Центре реабилитации произошло изменение отношения пациентов к психотерапии от полного непонимания к осмысленному принятию данного способа лечения. На сегодня психотерапия в сочетании с природными и преформированными лечебными факторами успешно используется в реабилитации лиц, пострадавших на производстве и имеющих профессиональную патологию.

Психогенно обусловленные расстройства: патогенез и саногенез

В.И. Курпатов, С.А. Осипова

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, Россия*

Значимость проблемы психогенно обусловленных состояний определяется в первую очередь широкой распро-

страненностью их как среди психически больных, так и в общей популяции. Известно, что такие психические расстройства возникают в связи с переживанием неблагоприятных (отрицательных) обстоятельств и ситуаций.

При этом успешность приспособления человека к условиям внешней среды зависит не только от характера изменений, воздействующих биологических, психологических и социальных факторов, но и от возможностей индивида, совокупности его саногенных механизмов.

Напряжение адаптационных механизмов при определенных условиях создает основу для возникновения патологического процесса в любом органе или системе. В этом случае постепенно развиваются признаки дезадаптации с различными болезненными проявлениями. Превращение нормальных приспособительных реакций в патологические составляет узловое звено в патогенезе заболеваний.

На психологическом уровне патогенный процесс протекает следующим образом: при взаимодействии определяющего и предрасполагающего факторов возникновения психогений формируется фрустрационное переживание, которое приводит к длительному психическому напряжению, под действием которого начинает неадекватно меняться система отношений личности, особенно отношение к конфликтной ситуации. Конфликтная ситуация начинает восприниматься гипертрофированно и становится наиболее значимым для личности переживанием (особо значимым жизненным отношением), приобретая патогенное значение.

Исходя из этого, определяющими признаками преневротического состояния являются длительное аффективное напряжение, наличие доминирующих идей, разрозненных, кратковременных, слабо выраженных болезненных признаков, неоформленных в структурную систему синдрома заболевания.

Данное состояние предболезни характеризуется снижением функциональной активности некоторых саногене-

тических механизмов или их комплексов, что ведет к расстройству саморегуляции и ослаблению резистентности организма.

Это подтверждается также тем, что около 80% лиц с явлениями преневротического неблагополучия без применения специальных профилактических мероприятий спонтанно восстанавливаются или же, сохраняя симптоматику преневротического состояния, не заболевают. Эта группа достоверно отличается от группы заболевших, прежде всего, по механизмам первичного саногенеза, которые препятствуют переходу предболезни в болезнь.

Теория личности в интегративной личностно-реконструктивной психотерапии

В.И. Курпатов, С.А. Осипова, В.В. Колчина

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, Россия*

Современный этап становления психотерапии связан с развитием интегративного движения. Это формирует необходимость выбора такой теории личности, которая позволяла бы сочетать в себе другие теории или же не противоречила их основным положениям.

Отечественный вариант динамической психотерапии разрабатывался В.Н. Мясищевым в виде «патогенетической психотерапии», а в дальнейшем Б.Д. Карвасарским и его учениками в виде личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Личность человека рассматривается и характеризуется в первую очередь с точки зрения ее сознательных отношений к окружающему миру. Выделяются две составляющие личности: эндопсихика и экзопсихика. В эндопсихике наиболее значимы следующие подструктуры: психическая активность (темперамент), ум (способности), характер. Последний более всего зависим от социальных факторов и находится на границе экзо- и эндопсихики.

Экзопсихика представляет собой систему отношений личности.

Отношения представляют преимущественно сознательную, избирательную психологическую связь с объектами действительности. Отношения могут относиться к поверхностному уровню, к глубокому и ядру. Поверхностные отношения часто изменяются и мало влияют на изменение других отношений. Глубокие отношения статичны и мало изменяются. В ядре системы отношений локализованы отношение к самому себе, самооценка, Я-концепция, деформация которых происходит чрезвычайно редко и медленно. Указанные «ядерные», или доминирующие, отношения накладывают отпечаток на все другие отношения.

Отношения личности в онтогенезе проходят несколько стадий: от протоотношений, через стадию эмоциональных отношений, к формированию эмоционально-когнитивных отношений к себе, к миру и к окружающим.

В концепции отношений личности важным является понятие значимых и доминирующих отношений. Столкновение данных отношений с несовместимой с ними жизненной ситуацией может служить источником нервно-психического патогенного напряжения. Таким образом, патогенными могут быть только те переживания, которые занимают центральное место в системе отношений личности к действительности. Несоответствие между потребностью или целью и возможностью ее удовлетворения приводит к невротическому расстройству только в случае, когда оно продуктивно (рационально) не разрешается.

Содержание противоположных тенденций формирует один из основных конфликтов: истерический (формулируется как «Я не имею права, но хочу»), обсессивно-психастенический («Не могу решиться, но хочу»), неврастенический конфликт («Я не имею достаточно сил, но хочу»).

Скрининг психических расстройств у пациентов с угревой болезнью

С.С. Леденцова, Г.В. Рукавишников,
Н.Н. Петрова, И.О. Смирнова

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Цель исследования: скрининг психических расстройств у пациентов, страдающих угревой болезнью (УБ).

Материалы и методы. Обследована 51 больная в возрасте от 17 до 42 лет (средний возраст $31,14 \pm 3,41$ года) с угревой болезнью различной степени тяжести. Из них 47 пациенток с УБ взрослых и 4 с юношескими угрями. Форму угревой болезни оценивали по классификации А.М. Кligman (1994), степень тяжести — по Американской упрощенной шкале. У 7 (из них 2 с юношескими угрями) пациенток диагностирована очень тяжелая узловатокистозная, у 18 (из них 2 с юношескими угрями) — папулопустулезная тяжелая форма заболевания, у 18 — папулезная средней степени тяжести, у 8 — легкая с открытыми и закрытыми комедонами. В исследовании использованы клинический и экспериментально-психологический методы, в том числе Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Торонтская алекситимическая шкала, Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) и Индекс оценки психологического и социального эффекта акне (APSEA).

Результаты. Согласно самооценке, у 15 пациентов (29%) выявлено пограничное состояние, а клинически очерченная депрессия и тревога — у 17 пациентов (33%). В структуре тревожно-депрессивных расстройств преобладали симптомы тревоги. Алекситимический радикал личности как фактор риска психосоматических расстройств был выявлен в 6 случаях и достигал $72,09 \pm 0,82$ балла. По ДИКЖ у 15 человек (29%) показатели составили от 10 до 20 баллов, что соответствует выраженному снижению качества жизни, у двух человек (4%) — 20 и более баллов, то есть качество жизни страдало очень сильно. В большей степени качество

жизни было нарушено за счет сферы межличностных отношений. Показатели APSEA варьировали от 11 до 129 баллов при среднем значении $67,23 \pm 2,3$ балла, при этом отмечена прямая зависимость между уровнем эмоциональных расстройств и показателями индекса.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о значительной частоте аффективных расстройств нозогенного характера у пациентов с угревой болезнью, особенностью которых является преобладание тревожного компонента. Для скринингового выявления этих расстройств уместно использование вышеуказанных шкал. Угревая болезнь обуславливает существенное снижение качества жизни больных вследствие социальной дезадаптации, что определяет «мишень» для психологической коррекции.

Психологическая помощь родителям перед хирургической коррекцией врожденного порока сердца у ребенка

С.С. Леонтьева

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Сегодня в мире каждый сотый ребенок рождается с пороком сердца. Почти одна треть врожденных пороков сердца требует хирургического вмешательства в младенчестве, без которого в 50% случаев дети не доживают до года.

Ситуация рождения ребенка с врожденным пороком сердца и обязательная последующая операция становится для родителей событием кризисного порядка. Диагноз ребенка — врожденный порок сердца — звучит как приговор. Серьезное заболевание у ребенка — это всегда длительное испытание для всех членов семьи. Нами проводится исследование, объектом которого являются родители (40 человек) детей с врожденным пороком сердца, ожидающие операции в кардиохирургическом отделении детской городской больницы № 1 г. Санкт-Петербурга.

Результаты первого этапа исследования показывают, что переживания родителей в данной ситуации можно соотнести с *травматическим кризисом*. У родителей детей с тяжелыми врожденными пороками сердца с момента постановки диагноза ребенку идет внутренняя работа по осмыслению ситуации, происходят изменения прежней картины мира. Все опрошенные родители отмечают, что в процессе осмысления, задаются вопросом: «Почему это произошло именно в нашей семье?» В эмоциональной сфере родителей, находящихся в отделении в ожидании операции, преобладают печаль, страх и чувство вины. По интенсивности и знаку переживаний данная ситуация схожа с разрывом отношений, с потерей близкого человека. Самым тяжелым для родителей является ожидание операции, неизвестность перед будущим. Остро ощущается потребность в информации, имеющей хоть какое-то отношение к волнующей проблеме.

Для многих родителей, по их словам, опорой и помощью в переживании ситуации является искреннее участие родственников и близких людей, доверие профессионализму врачей и молитвы. Наиболее значимые факторы, способствующие сохранению внутреннего баланса у опрошенных родителей, по их мнению: искреннее и честное обсуждение друг с другом сложившейся ситуации, степень их эмоциональной близости, открытость, разделение ответственности за случившиеся с ребенком обоими родителями.

Следует подчеркнуть, что психолог, проводящий психодиагностику в кардиохирургическом отделении, должен быть чутким к актуальным «запросам» родителей. Психодиагностика не может выступать самоцелью, а должна имманентно включать психологическую поддержку родителям, в которой, как показывает первый опыт работы в отделении, большинство из них остро нуждается.

Новые подходы к терапии комплайенса

Н.Б. Лутова

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

Терапия, направленная на улучшение уровня комплайенса, становится все более востребованной в области психиатрического здравоохранения во всем мире. Это обусловлено широким распространением нонкомплаенса среди психически больных и тяжелыми последствиями несоблюдения больными лекарственного режима. В литературе приводятся разнообразные подходы, направленные на улучшение уровня комплайенса: существует и специфическая комплайенс-терапия, и проводимый медсестрами амбулаторный мониторинг больных шизофренией, и психопедагогические вмешательства, а также поведенческий подход и эмоциональная поддержка. Однако, несмотря на большое разнообразие предлагаемых программ, их эффективность либо остается спорной, либо результаты недостаточно устойчивы. Считается, что успешность терапии нонкомплаенса зависит от точности индивидуализированной диагностики нарушений на всех уровнях такой сложной конструкции, как комплайенс.

Многие исследователи, изучающие феномен комплайенса, упоминают семью больного как важный фактор, участвующий в его формировании и поддержании. При этом в литературе отсутствуют исследования отношения самой семьи к медикаментозной терапии, а именно эта составляющая может оказывать влияние на выполнение больным лечебных предписаний и стать фокусом для терапии комплайенса, сделав ее индивидуализированной и компактной.

Использование инструментов, разработанных в НИПНИ им. В.М. Бехтерева: Шкала медикаментозного комплайенса в психиатрии, включающая все основные группы факторов комплайенса: факторы, связанные с отношением к медикации, с пациентом, лечащим врачом и близким окру-

жением, и структурированное интервью, позволяющее выделить содержательные различия отношения семьи больного к проводимой медикаментозной терапии психотропными средствами, обнаружили взаимосвязь между различными типами отношения семьи и уровнем комплайенса больных.

Получены высокие уровни корреляций между различными типами отношения семьи к медикации и факторами, участвующими в формировании комплайенса, а также уровнем комплайенса в целом. Эти данные свидетельствуют о том, что практически большинство параметров в той или иной степени оказывается под влиянием отношения семьи к фармакотерапии. Таким образом, семья является важным фокусом коррекции. Кроме того, поскольку сам тип отношения семьи к медикации помимо поведенческих манифестных проявлений фундирован психодинамически, правильная квалификация врачом варианта типа отношения семьи к лечению позволяет сделать прицельный выбор стратегии способа коррекции каждого из неконструктивных типов, выводя на сфокусированную комплаиенс-терапию.

Анализ внутриличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами, различающихся по выраженности симптоматики, типу и длительности заболевания

И.С. Лысенко

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

Цель работы — изучение взаимосвязей показателей внутриличностных конфликтов с клиническими особенностями больных невротическими расстройствами.

Для достижения поставленной цели проведено комплексное исследование внутриличностной конфликтности с помощью специализированных методик. Обследован 51 больной на базе отделения неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева. В ходе исследования учитывались тип

и стадия невротического расстройства, а также показатели выраженности психопатологической симптоматики, определяемые с помощью опросника Александровича.

В результате были выявлены взаимосвязи между внутриличностными конфликтами и уровнем невротической симптоматики. Выраженность последней сочетается с противоречивыми отношениями к окружающим ($r_s = 0,36$; $p = 0,040$) и к себе ($r_s = 0,36$; $p = 0,036$), с высоким уровнем несоответствия между желаниями и действительностью (конфликт нереализованного желания) ($r_s = 0,42$; $p = 0,013$), возможностями личности и требованиями окружающей среды (адаптационный конфликт) ($r_s = 0,36$; $p = 0,035$), между стремлением к достижению во всех областях и невозможностью совместить требования различных ролей ($r_s = 0,40$; $p = 0,023$).

Характер взаимосвязи различается в зависимости от типа и стадии невротического расстройства. Так, истерический тип невротического расстройства характеризуется противоречивыми мотивационными тенденциями в области индивидуализации ($r_s = 0,49$; $p = 0,001$) и избегании неприятностей ($r_s = 0,49$; $p = 0,002$), а высокий уровень невротической симптоматики коррелирует с конфликтом между нормами и сексуальными потребностями ($r_s = 0,54$; $p = 0,030$).

У больных с фобическим типом невротического расстройства наблюдались более значительные, по сравнению с другими типами, расхождения между уровнем притязаний и оценкой своих возможностей (конфликт неадекватной самооценки) ($r_s = 0,35$; $p = 0,020$), между моральными принципами и личностными привязанностями ($r_s = 0,34$; $p = 0,023$), между потребностями к доминированию и подчинению ($r_s = 0,31$; $p = 0,045$). Для этого типа невротического расстройства характерны противоречия между желанием оказывать помощь другим даже в ущерб себе и стремлением удовлетворить личные потребности, отдавать приоритет своим интересам ($r_s = 0,32$; $p = 0,044$).

У больных с неврастеническим типом невротического расстройства высокий уровень невротической симптоматики

ки взаимосвязан с выраженностью противоречий в сфере долженствования ($r_s = 0,73$; $p = 0,007$), отмечается конфликт между стремлением к достижению во всех областях и невозможностью совместить требования различных ролей ($r_s = 0,68$; $p = 0,010$).

Острым формам свойствен конфликт между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды ($r_s = 0,35$; $p = 0,049$), а хроническим — нарушения самооценки ($r_s = 0,37$; $p = 0,039$).

С увеличением длительности заболевания обостряется противоречие между потребностями быстрых достижений и отсутствием способности к усилию и настойчивости ($r_s = 0,44$; $p = 0,013$).

Таким образом, полученные в клинико-психологическом исследовании данные о взаимоотношении между основными клиническими характеристиками невротических расстройств и особенностями внутриличностных конфликтов позволят более дифференцированно подходить к решению психотерапевтических задач.

Особенности тревожности школьников при патологии невротического уровня

Е.Е. Малкова

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,
Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия*

Тревожные расстройства традиционно относятся к наиболее распространенным психическим нарушениям у детей и подростков, обуславливающим различные сопутствующие проблемы, а их специфика предполагает онтогенетический подход в оценке данных состояний.

В задачи исследования входило изучение психологической структуры тревожности у школьников при патологии невротического уровня. В связи с этим были обследо-

ны 247 больных детей и подростков школьного возраста четырех возрастных групп (7–10, 11–12, 13–14, 15–17 лет) клинико-психологическим методом и методикой «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) (Ромицына Е.Е., 2006). В структуре актуального психического состояния всех обследованных больных выделялись в качестве профилирующих тревожные расстройства, относящиеся к категории невротических и неврозоподобных (F4) (71,3%), а также поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F9) (28,7%).

Характерной чертой этой группы расстройств являлась их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы. У девочек в клинической картине преобладала фобическая симптоматика (33,3%), сопровождающаяся стойкими проявлениями тревоги, типичного для соответствующего возраста содержания, которая в свою очередь вызывала отчетливое снижение социального приспособления. У мальчиков, напротив, тревожная симптоматика в большей степени обуславливалась социальными причинами (27,3%), чаще в связи со школьным обучением.

Результаты исследования опросником МОДТ выявили следующее. Показатель тревожности в отношениях с родителями у школьников при патологии невротического уровня, так же, как и у школьников в норме, оказался нечувствительным не только к фактору взросления, сопряженному с изменениями социальной ситуации развития, но и к патологическим проявлениям невротического уровня. Кроме того, на начальных этапах обучения в школе патология невротического уровня у детей чаще возникала на фоне несоответствия предъявляемых требований реальным возможностям ребенка, а также необходимости инструментальной оценки их способностей в школе. В то же время содержание тревожной симптоматики в подростковом возрасте соответствовало актуальным для детей среднего и старшего возраста событиям их психофизического и социально-психологического существования.

К систематике неврозов и других психогений

Ю.Г. Манучарян, Л.К. Хохлов

*Ярославская государственная медицинская академия,
г. Ярославль, Россия*

Психогенная, реактивная концепция неврозов и в настоящее время, несмотря на возникающие здесь разногласия, продолжает оставаться основной. Клинически нередко прослеживается прямая связь, последовательность возникновения, континуум неврозов и реактивных психозов. Неврозы и реактивные психозы представляют собою достаточно очерченный раздел психопатологии. Вместе с тем в повседневной практике требуется четкая дифференциация невротических и психотических расстройств. Между тем в действующей МКБ-10 прослеживается непоследовательность, разрозненность в рубрикации различных форм неврозов и реактивных психозов, нет общего подхода. Так, в раздел невротических расстройств в рубрику диссоциативных (конверсионных) расстройств включаются не только истерические невротические картины, но и истерические реактивные психозы. Соматические истерические проявления содержатся в разделе соматоформных расстройств (соматизированное расстройство). Посттравматическое стрессовое расстройство, для которого характерен невротический уровень патологии, стоит в стороне от других форм неврозов. Это касается также и неврастении. Имеется необходимость для выделения в качестве самостоятельной рубрики депрессивного невроза. Теряется связь реактивных психозов с неврозами, здесь еще больший разброс. Аффективно-шоковые реактивные психозы находятся в рубрике реакций на тяжелый стресс, там же реактивная депрессия. Для шифровки бредовых и галлюцинаторно-бредовых реактивных психозов нужно адресоваться в другие разделы: бредовое расстройство; острые и преходящие психотические расстройства (ассоциированные с острым стрессом); индуцированное бредовое расстройство. Имеется настоятельная необходимость: в новую МКБ целесообразно

внести изменения такого рода, чтобы была более ясной взаимосвязь различных форм психогений — неврозов и реактивных психозов.

Об эффективности использования психотерапии в комплексном лечении подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы

Л.П. Маринчева, М.В. Злоказова

*Детская городская клиническая соматическая больница,
Кировская государственная медицинская академия,
г. Киров, Россия*

Среди детей и подростков, обращающихся за помощью к педиатру, от 20% до 50% страдают психосоматическими расстройствами (ПСР). Среди них соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы (СВД ССС) занимает, по данным различных исследований, 2–3-е место.

Целью исследовательской работы являлось определение эффективности психотерапии как важной составной части комплексного лечения подростков с СВД ССС.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 117 подростков с СВД ССС, в возрасте $15,2 \pm 1,0$ года, находившихся на стационарном лечении в детской городской клинической соматической больнице.

Применялись: клинико-психопатологический метод; экспериментально-психологическое исследование (тест «Шкала самооценки» Спилбергера–Ханина; методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунга в адаптации Т.И.Балашовой; Торонтская алекситимическая шкала).

Статистический анализ данных проводился в программном пакете «SPSS» for Windows, Version 10, использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок.

Результаты и их обсуждение. Ввиду того что у 64,9% подростков в анамнезе выявлялись психотравмирующие

ситуации, у 35% — нарушения процесса адаптации в виде нарастающей тревоги в школьных ситуациях (перед контрольными работами, экзаменами) и проблемных взаимоотношений со сверстниками, в 67,5% — нарушения в системе детско-родительских отношений, применение психотерапевтических методов являлось патогенетически необходимым. Обычно применялось сочетание двух-трех методов психотерапии.

Наблюдавшиеся нами пациенты наряду с психотерапевтическим воздействием получали медикаментозную терапию, включавшую прием психотропных и соматотропных препаратов, применялись также физиотерапевтические процедуры. Использовались минимальные дозы психотропных препаратов, необходимые для достижения клинического эффекта с учетом имеющихся отклонений со стороны психоэмоционального статуса.

Мишенями психотерапии при СВД ССС у подростков были тревожность и депрессивные проявления, как важнейшие факторы дестабилизации психоэмоционального состояния; проявления алекситимии, повышенной ригидности, сенситивности, как личностных особенностей данной группы больных. Необходимым элементом психотерапевтической работы являлась семейная терапия, направленная на коррекцию стиля воспитания и семейных взаимоотношений.

В работе с подростками с СВД ССС применялись: рациональная психотерапия, суггестивная терапия, элементы арт-терапии, гештальт-терапия, кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама), семейная терапия.

Об эффективности применения психотерапии в комплексном лечении подростков с СДВ ССС свидетельствовало то, что количество повторно поступивших пациентов сократилось с 32,1% до 11,9%; уменьшилась средняя длительность пребывания в стационаре с 3,0–3,5 недель (при использовании только медикаментозного подхода к лечению) до 2,0–2,5 недель (при введении комплексной системы лечения). Кроме того, применение психотерапии способствовало положительной динамике в психоэмоциональном ста-

тусе у 95,7% подростков: на фоне применения психотерапии достоверно ($p < 0,01$) снизились показатели депрессии, тревожности и алекситимии.

Для проведения эффективной терапии СВД ССС у подростков необходимо включение в традиционный медикаментозный комплекс психотерапевтических мероприятий, направленных на стабилизацию эмоционального состояния, снижение проявлений тревожности, депрессии и алекситимии, коррекцию искаженной картины болезни, неконструктивных особенностей системы детско-родительских отношений, расширение спектра адаптивных реакций. Проведение психотерапии может быть начато на этапе стационарного лечения подростка и продолжено по месту жительства или учебы. Кроме этого, для повышения эффективности терапии ПСР крайне важным представляется решение вопроса об осуществлении преемственности в оказании психотерапевтической и психологической помощи данной категории лиц в стационарах, поликлиниках, в центрах медико-социальной и психологической помощи.

Неврозогенез тревожно-фобических расстройств (клинико-психопатологический и патопсихологический аспекты)

Н.А. Марута, Т.В. Панько, В.Ю. Федченко, Г.Ю. Каленская
*Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины,
г. Харьков, Украина*

С целью изучения особенностей неврозогенеза тревожно-фобических расстройств было проведено комплексное обследование 150 больных. В результате исследования было установлено, что основными факторами психической травматизации (ФПТ) при тревожно-фобических расстройствах являются факторы, связанные с состоянием здоровья (болезнь или смерть близких) — 48%; семейные (конфликты в семье, пристрастие партнера к алкоголю) — 24%. В качестве поддерживающих выступают социально-экономические и соци-

ально-психологические факторы (неуверенность в будущем, ухудшение материально-бытовых условий жизни) — 12%; профессиональные (увольнение с работы, ненормированный рабочий день) — 8%; эмоционально-стрессовые (ДТП) — 8%; сепарационные (развод, перспектива одиночества) — 6%. Действие ФПТ приводит к нарушениям в эмоционально-мотивационной сфере в виде блокировки потребностей включения, аффекта и контроля; к наличию внутриличностного конфликта в сфере здоровья и неудовлетворенности семейными, профессиональными и социальными отношениями; к преобладанию копинг-стратегий, ориентированных на эмоции избегания, снижение социальной адаптации.

Взаимодействие ФПТ и нарушения в эмоционально-мотивационной сфере приводят к высокому уровню невротизации и формированию специфической клинической картины тревожно-фобических расстройств: наличие стойких фобий (96%) и обсессивных нарушений (24%) в сочетании с выраженной тревогой (пароксизмального — 56%, перманентного — 34% или смешанного характера — 10%), а также вегетативно-висцеральными расстройствами преимущественно пароксизмального типа (82%). Клинические проявления сопровождаются поведением «избегания», которое в большинстве случаев приводит к выраженной социальной дезадаптации. Депрессивные нарушения (68%) выступают в качестве фона и способствуют обострению аффективной (тревожно-фобической) симптоматики.

Неврозогенез тревожно-фобических расстройств включает действие ФПТ (основных и поддерживающих), наличие внутриличностного конфликта в ценностно-смысловой сфере, реализацию специфических копинг-стратегий, социально-психологическую дезадаптацию, социальную фрустрацию и неудовлетворенность межличностными отношениями, и, следовательно, высокий уровень невротизации со специфической клинической картиной, что приводит к формированию поведения «избегания» при принятии решений в повседневных ситуациях.

Особенности психотерапевтического лечения депрессий при аффективных расстройствах

Н.А. Марута, Е.Е. Семикина, Г.Ю. Каленская, Л.В. Малюта

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины,
г. Харьков, Украина*

Постоянное увеличение числа депрессивных расстройств, утяжеление клинической картины депрессий, формирование резистентных к фармакотерапии форм вызывают необходимость активнее применять психотерапию при лечении указанной патологии.

Целью проведенного исследования было изучение возможностей психотерапии при лечении депрессивных расстройств при аффективных расстройствах и разработка программ их лечения. Был обследован 71 пациент с депрессиями. Методы обследования — клинико-психопатологический, патопсихологический, психометрический, статистический.

К особенностям депрессий при аффективных расстройствах относятся симптомы снижения настроения выраженной степени тяжести, с тревогой, пессимистическими мыслями, идеями самообвинения, существенными соматическими нарушениями, низкая оценка психологического и физического благополучия, духовной реализации и общего восприятия качества жизни, смешанный тип отношения к болезни — меланхолично-апатико-тревожный с интрапсихической фиксацией на субъективных ощущениях и низкой мотивацией в областях семейной жизни, профессиональной деятельности, образования и сферы увлечений, низкими показателями самоуважения, аутосимпатии и самопонимания.

Психотерапия депрессий при аффективных расстройствах должна носить комплексный характер, начинаться на первых этапах лечения и проводиться наравне с фармакотерапией весь период лечения и по принципу политопности включать воздействие на все возможные механизмы восприятия и анализа информации — сознательный рациональный

(когнитивно-бихевиоральный подход), подсознательный (суггестивная терапия), опосредствованный (арт-терапия). Ключевым в когнитивном подходе является предоставление объективной информации о причинно-следственных связях развития депрессивных нарушений, позитивизация представлений больного о себе и своих возможностях, формирование оптимистичного настроения на будущее. Суггестивная терапия была направлена на симптоматическую коррекцию эмоциональных и соматических нарушений, в результате чего снижался уровень тревоги. Арт-терапия способствовала сублимации негативных переживаний больного в творчество и их трансформации с эмоционального уровня на уровень понимания и формирования смыслов.

Предложенный подход к психотерапевтической коррекции позволил повысить эффективность терапии больных аффективными расстройствами депрессивного характера.

Факторы формирования суицидального риска у больных с тревожно-депрессивными расстройствами пожилого возраста

И.А. Марута, И.А. Явдак, Е.С. Череднякова

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины,
г. Харьков, Украина*

Анализ механизмов формирования суицидального риска является важным аспектом для его своевременного выявления и для построения лечебно-профилактических программ.

Данные обследования 50 больных с тревожно-депрессивными расстройствами (F41.2) пожилого возраста показали, что в качестве клинико-психопатологических предикторов суицидального поведения у них выступают острое начало заболевания, связь заболевания со значимыми факторами, ведущими к эмоциональной изоляции больных, коморбидность в клинической картине нескольких психопатологических (депрессивного, тревожного, агрипнического) синдромов.

Базовыми особенностями больных с тревожно-депрессивными расстройствами пожилого возраста с суицидальным риском являются низкая самооценка, негативное эмоциональное восприятие собственного «Я», преобладание чувств «против» собственного «Я»; отсутствие активных действий по самоанализу, самопониманию и самовосприятию; склонность подавлять агрессивные импульсы в ситуациях фрустрации, затрагивающих собственный характер и социальный статус; высокий уровень внутренней конфликтности; фиксация на ценностях личной жизни и отсутствие внутреннего побудительного мотива к реализации межличностных ценностей.

Факторами благоприятного прогноза у больных с тревожно-депрессивными расстройствами пожилого возраста являются: затяжное или подострое начало заболевания с длительностью болезни более года; наличие психогений преимущественно в сфере своего здоровья или здоровья близкого; фиксация больных на вопросах собственного здоровья, ипохондрический вариант депрессивных нарушений.

Перечисленные критерии необходимо учитывать при диагностике и терапии пациентов с данной патологией.

Комплексный подход к коррекции невротических проявлений у детей

О.И. Маслова, Н.В. Мазурова, С.Б. Лазуренко

*Научный центр здоровья детей Российской академии
медицинских наук, Москва, Россия*

Невротические расстройства — одни из самых распространенных нервно-психических нарушений. Согласно данным многочисленных исследований, их развитие определяется взаимосвязью биологических, психологических и социальных факторов. В связи с этим в НЦЗД РАМН применяется комплексная, медико-психолого-педагогическая коррекция невротических расстройств.

На основании анализа литературы, а также опираясь на собственный опыт работы, мы выделили основные группы

факторов, предрасполагающих к возникновению данных расстройств: физиологические (слабость нервно-психической регуляции, функциональные нарушения), особенности характера ребенка (сенситивность, эмоциональная лабильность), а также социальные (нарушения внутрисемейного взаимодействия, несоответствие требований родителей возможностям и потребностям детей, проблемы взаимодействия с широким социальным окружением, последствия стресса).

В соответствии с выявленными причинами невротических расстройств построена система реабилитации, главную роль в которой играет врач-невролог. Он определяет содержание реабилитации, аккумулирует сведения, получаемые от специалистов разных служб, принимает решение о методах и тактике лечения, оказывает медикаментозную поддержку процесса коррекции невротических расстройств.

Блок немедикаментозной терапии представлен специалистами по лечебной физкультуре, массажу и физиотерапии, а также педагогами и психологами. Педагог выявляет темп усвоения новых знаний и умений, определяет степень соответствия нагрузки познавательным возможностям ребенка, помогает подобрать оптимальную программу обучения в соответствии с его возрастом и особенностями работы нервной системы. Психолог определяет роль психологических и психосоциальных факторов в возникновении невротических проявлений, проводит семейную терапию и занятия с детьми с целью повышения психологических ресурсов и адаптационных возможностей ребенка, гармонизации социальной ситуации развития.

Предложенный подход к коррекции невротических расстройств обеспечивает возможность наблюдения командой специалистов за психологическим состоянием ребенка, своевременной регистрации патологических изменений, позволяет повысить эффективность материальных затрат на лечение этих детей, дает возможность осуществить тщательный подбор коррекционно-педагогических и психотерапевтических методов и приемов в процессе систематической практической работы с ребенком и его семьей.

Антиципационная концепция неврозогенеза: от теории к практике

В.Д. Менделевич

*Казанский государственный медицинский университет,
Институт исследований проблем психического здоровья,
г. Казань, Россия*

В настоящее время можно считать доказанным участие механизмов вероятностного прогнозирования и антиципации в этиопатогенезе невротических расстройств, что нашло отражение в антиципационной концепции неврозогенеза. Суть ее заключается в рассмотрении этиопатогенеза невротических расстройств в неразрывной связи с антиципационными процессами на различных уровнях (психологическом и психофизиологическом). Неврозогенез видится как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события. В связи с этим, попадая в неспрогнозированную или вытесненную из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте для применения совладающего поведения. И даже если система психологической компенсации у него функционировала нормально, в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний, связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией.

У больных с невротическими расстройствами обнаружены специфические корреляции между антиципационной деятельностью и копинг-стратегиями, указывающие на то, что использование примитивных механизмов психологической защиты приводит к большей ригидности совладающего поведения у пациентов, смещая акцент с прогнозирования и осознанного совладания на «автоматизированное», бессознательное и отсроченное во времени реагирование,

направленное на уменьшение психического напряжения, вызванного стрессовой ситуацией.

С целью дальнейшего углубления и обоснования антиципационной концепции неврозогенеза нами был создан, апробирован и внедрен тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) — ТАС (ПК) и разработана методика коррекции антиципационной несостоятельности — антиципационный тренинг.

Результаты клинико-психопатологических и серии экспериментально-психологических исследований доказывают существование антиципационных механизмов неврозогенеза.

Работа психотерапевта в Гериатрическом центре

Л.П. Метелева, Т.В. Булатова

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

В последние годы в связи с увеличением продолжительности жизни все большее значение занимает гериатрическая психиатрия и психотерапия.

Широкую коморбидность непсихотических расстройств и снижение порога для психогенного влияния средовых факторов обуславливают цереброваскулярные нарушения. Развившаяся депрессия может также предрасполагать к возникновению расстройств мозгового кровообращения и усиливать их.

В связи с этим в поликлинике Областного гериатрического центра (ОГЦ) с марта 2008 года осуществляется психотерапевтический прием. Люди пенсионного возраста составляют 75% прикрепленного к Центру контингента, соотношение мужчин и женщин — 1:2, из них неработающих 20,5%, то есть большинство людей пенсионного возраста продолжают трудовую деятельность.

Весь период старения подразделяется на отдельные этапы. Применение психотерапевтических мероприятий

зависит от возраста. При контакте с «возрастными» пациентами (старше 80 лет) чаще используется психотерапия принятия, одобрения (гуманистическое направление), тогда как для лиц моложе 80 лет «спектр» психотерапевтических приемов шире (рациональная психотерапия, поведенческая). Кроме того, с «возрастными» пациентами необходимо увеличение продолжительности беседы примерно в 1,5 раза, что обусловлено замедлением «ощущения времени» за счет снижения скорости прохождения нервных импульсов в ЦНС.

Одной из важных и сложных задач, с которыми приходится сталкиваться при работе с пожилыми людьми, является проблема одиночества.

На поликлиническом приеме проводятся в основном рациональная и когнитивно-поведенческая психотерапия (объяснение назначений врачей всех специальностей, обсуждение жизненных планов и т. д.). Используется эмпатическое выслушивание, участливый разговор, обучение ауто-тренингу и расслаблению по Джекобсону. Как и любое обучение в пожилом возрасте, освоение приемов ауто-тренинга происходит гораздо медленнее, чем у молодых. К сожалению, в ОГЦ нет возможности проведения сеансов релаксации, что, по опыту психоневрологического поликлинического отделения, дает хороший психотерапевтический эффект у пожилых людей.

В 2008 году психотерапевтическое лечение прошли 106 пациентов, в 2009-м — 189. Количество сессий на одного пациента — от 2 до 6. В результате психотерапевтических занятий отмечалась стабилизация эмоционального состояния, улучшался сон, повышались коммуникабельность и активность.

Важной задачей в работе психотерапевта ОГЦ является работа с персоналом. Большая нагрузка, постоянный эмоциональный контроль при работе с «возрастным» контингентом приводят к утомляемости и эмоциональному выгоранию, что сказывается на качестве работы. Лекции и беседы для врачей и среднего медперсонала дают возможность сотрудникам по-новому взглянуть на свою работу, снять

напряжение, в большей степени понять особенности психического реагирования их подопечных.

Гериатрическая психиатрия в современных условиях становится все более актуальной, поэтому необходимо дальнейшее развитие психотерапевтических методов для пожилых пациентов.

Динамика социально-психологических характеристик личности больных с невротическими расстройствами в период с середины 1980-х по 2010 год и их влияние на характер и степень выраженности психопатологической симптоматики

Е.В. Мизинова

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

Возрастающее количество стрессовых факторов, характерных для современного общества, экономическая, политическая и социальная нестабильность ведут к изменению значения психологических факторов в деятельности человека и в известной мере объясняют относительное увеличение удельного веса болезней, в возникновении и течении которых существенную роль играет нервно-психическое перенапряжение, к числу их относятся и невротические расстройства. В настоящее время проблема многопланового изучения невротических расстройств остается, безусловно, актуальной, при этом наибольшее распространение получают концепции полифакторной этиологии неврозов. Признается единство биологических, психологических и социальных механизмов. Актуальным остается исследование личностных и психосоциальных особенностей больных с невротическими расстройствами, рассматриваемых в контексте микросоциальных отношений.

Целью настоящей работы явилось изучение динамики социально-психологических особенностей личности больных с невротическими расстройствами в период с середины

1980-х по 2010 год и их влияния на характер и степень выраженности психопатологической симптоматики.

Для достижения поставленной цели был осуществлен сравнительный анализ основных психосоциальных качеств личности пациентов с невротическими расстройствами и нормативной выборки здоровых испытуемых с помощью Гиссенского личностного опросника. Сопоставлялись характер и степень выраженности основных социально-психологических переменных у данного контингента больных за период с середины 1980-х по 2010 год, а также проводился корреляционный анализ между социально-психологическими особенностями и выраженностью психопатологической симптоматики, определяемой с помощью клинической шкалы самоотчета SCL-90 и симптоматического опросника Александровича (данные 2007–2010 гг.).

В исследовании участвовали 1224 пациента с невротическими расстройствами, проходивших стационарное лечение в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева в период с середины 1980-х по 2010 год.

В результате анализа полученных данных было выявлено, что, по сравнению со здоровыми людьми, больные с невротическими расстройствами отличаются большей замкнутостью, недоверчивостью, повышенными притязаниями на первенство в коллективе в сочетании с неуверенностью в своей положительной социальной репутации, низкой оценкой своих социальных способностей, повышенным самоконтролем и интропунитивной направленностью развития агрессии, обуславливающей депрессивный характер реагирования на жизненные трудности.

В ходе ретроспективного исследования социально-психологических качеств больных с невротическими расстройствами за период с 1980-х по 2010 год было установлено, что наиболее социально желательные характеристики личности демонстрировали больные с невротическими расстройствами в 1980, а наименее — в 1990-х годах. Пациенты 1990-х годов отличались наименьшей открытостью, ощущали себя недооцененными, не способными нравиться и при-

влекать внимание окружающих, у них был наиболее выраженным депрессивный фон преобладающего настроения. С начала 2000-х гг. по настоящее время социально психологические характеристики становились более адаптивными, однако так и не достигли уровня середины 1980-х годов. Вероятно, политические, социально-экономические, социально-психологические и другие перемены, происходившие в России в 1990-х годах, обусловили рост уровня депрессивности, недоверия и закрытости, инициировали снижение уверенности в себе, своей социальной привлекательности и оценке коммуникативных способностей.

Результаты корреляционного анализа социально-психологических характеристик и выраженности психопатологической симптоматики показали, что субъективно негативное представление пациентов с невротическими расстройствами о своей социальной репутации, слабая способность добиваться поставленных целей провоцируют у них ощущение беспомощности, зависимости, усиливая психастеническую симптоматику. Уступчивость и бесконфликтность обуславливают понижение уровня внутреннего напряжения и беспокойства, печали и угнетенности, проявлений враждебного и демонстративного поведения, а доминантность, нетерпение, желание настоять на своем, в свою очередь, ведет к повышению общей напряженности симптомов. Склонность к излишнему контролю ведет к повышению общей тревожности, формированию страхов разнообразной природы, соматических жалоб, ипохондрической сосредоточенности. Подавленность, интропунитивность, застенчивость, в свою очередь, сопряжена с развитием высокого уровня невротической симптоматики в целом в рамках тревожно-депрессивных, неврастенических, истерических, ипохондрических расстройств.

О возможности использования психосоциальных адаптационных ресурсов больных дисциркуляторной энцефалопатией при проведении психотерапевтических и психокоррекционных программ

В.В. Мисютина

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

Проблема реабилитации пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга в настоящее время представляется одной из наиболее социально значимых в связи с большой распространенностью цереброваскулярных нарушений и увеличивающейся инвалидизацией больных, нередко трудоспособного возраста.

Для больных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) характерны астения, депрессивность, тревожность, причем наряду с биологическими предпосылками несомненную роль в формировании этих симптомов играют также психологические и, в частности, психогенные факторы. Эмоциональные нарушения способны усиливать имеющийся когнитивный дефицит из-за повышения уровня тревожности и связанных с этим трудностей внимания.

Переживание самой болезни в определенной мере может приобретать характер психогении, хроническое, затяжное течение основного заболевания нередко способствует возникновению вторичных невротических и неврозоподобных расстройств. В связи с этим представляется значимым включение психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий в рамки комплексного лечения и реабилитации больных ДЭ.

Работы, посвященные психотерапии и психологической коррекции пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга, как правило, ориентированы либо на общую коррекцию «эмоционально-негативных» переживаний, либо на восстановление нарушенных когнитивных функций. Однако, несмотря на достаточное внимание, уделяемое

личности больного, а в частности, его психоэмоциональному состоянию, а также несмотря на положительную динамику неврологического дефекта, программы восстановительной терапии не дают достаточной психосоциальной адаптации, что в конечном итоге снижает качество жизни пациентов.

В связи с этим представляется важным выявление психосоциальных адаптационных ресурсов больных ДЭ и прицельное включение их в психотерапевтические и психокоррекционные программы, что позволило бы сделать более эффективной систему комплексного лечения и реабилитации больных ДЭ, повысить уровень их адаптации и качества жизни.

Концептуальная модель формирования соматоформных расстройств

Б.В. Михайлов, Е.И. Кудинова

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Харьковская городская больница скорой и неотложной
медицинской помощи им. проф. А.И. Мещанинова,
г. Харьков, Украина*

В настоящее время существует целый ряд системообразующих факторов, обуславливающих необходимость изменения общей парадигмы неврозогенеза. Это патоморфоз клинической картины невротических расстройств, конфронтация психодинамической и нейродинамической концепций их патогенеза, появление новых психогенных факторов, несогласованность терапевтических подходов. Одной из наименее изученных нозосиндромальных групп являются соматоформные расстройства (СФР). Многолетние исследования СФР, включая клинические, патопсихологические, нейрофизиологические методы, позволили сформировать концептуальную модель их формирования. Модель включает мультифакторную уровневую стратификацию патогенетических механизмов СФР: системно-органный, нейрорегуляторный, психоэмоциональный, экзистенциально-личностный.

Системный подход к изучению синдрома генеза также позволил разделить все синдромы на два кластера: общеневротические и нозоспецифические.

Полученные результаты позволили сформировать алгоритмизированную систему психотерапии и психологической коррекции больных СФР. Система основана на интегративном принципе с учетом соответствующего уровня стратификации саногенеза, с применением различных форм и методов психотерапии. Апробация системы показала ее значительную эффективность по сравнению с монотерапевтическим использованием отдельных видов психотерапии.

Невротические расстройства при височной эпилепсии

В.А. Михайлов, Е.С. Ерошина, С.Д. Табулина, Л.И. Вассерман,
С.А. Громов, С.А. Коровина

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

У больных височной эпилепсией отчетливо преобладает дезадаптивный характер отношения к болезни с формированием астено-ипохондрических проявлений и патохарактерологических изменений. В этой связи именно при височной форме заболевания особенно важное значение имеет ранняя диагностика невротических расстройств, во многом определяющая стратегию и тактику лечения, выбор терапевтических и психотерапевтических «мишеней», прогноз заболевания.

Для оценки уровня невротизации больных височной формой эпилепсии нами использовался опросник невротических расстройств (ОНР) Александровича, который предназначен для количественной и качественной оценки особенностей невротических проявлений (наличие и интенсивность симптоматики, а также «уровень невротичности»).

Опросник состоит из 138 пунктов, в которых отражены основные невротические жалобы. Шкальные оценки

отражают степень выраженности определенных невротических расстройств у испытуемого. Оценивается уровень невротизации в процентах по 13 шкалам, а также общий уровень в процентах и в стенах. Итоговая оценка по всему тесту при сопоставлении с нормативными данными, полученными на больных неврозами, дает представление об «общем уровне невротичности» испытуемого (умеренный, высокий и т. д.). Уровень невротизации выше 30% характерен для больных неврозами. Стены до 5 баллов соответствуют низкому уровню невротичности, от 7 баллов и выше — неврозу.

Опросник позволяет охарактеризовать степень выраженности и структуру невротических расстройств и может быть использован в случаях необходимости выявления предболезненных невротических и неврозоподобных нарушений с целью первичной профилактики и своевременной коррекции.

Средний профиль больных височной эпилепсией по шкалам ОНР представлен следующим образом: наиболее высокий процент невротизации отмечается по шкале истерических и неврастенических расстройств, второе место занимают депрессивные расстройства и расстройства сна, наименьший уровень невротизации наблюдается по шкалам сексуальных и дереализационных расстройств.

Степень выраженности невротических расстройств у женщин выше, чем у мужчин, значимая разница показателей характерна для шкалы истерических расстройств.

У больных молодого возраста (до 25 лет) более высокий процент невротизации по шкале тревожно-фобических расстройств, аффективной напряженности, расстройствам сна, соматовегетативным расстройствам, а также по общему уровню невротичности (в процентах и в стенах) по сравнению с больными 26–35 лет. У больных старше 35 лет уровень соматовегетативных и ипохондрических расстройств достоверно выше, чем у больных 26–35 лет.

Более высокий процент невротизации по шкалам расстройства сна, истерических, неврастенических и психастени-

ческих расстройств, как и более высокий общий уровень невротичности, характерны для больных с частыми припадками.

Диагностика невротических расстройств у больных височной формой эпилепсии позволяет провести своевременную медикаментозную и психотерапевтическую коррекцию, что оказывает существенное влияние на эффективность лечебных мероприятий и течение заболевания.

Депрессивные и тревожные расстройства при эпилепсии

В.А. Михайлов, С.Д. Табулина, Л.И. Вассерман,
С.А. Громов, С.А. Коровина

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

В последние годы значительное внимание уделяется диагностике и коррекции депрессивных и тревожных расстройств у больных эпилепсией.

Депрессия чаще встречается при так называемых рефрактерных (резистентных) формах эпилепсии в сравнении с формами, при которых удалось добиться контроля над приступами и ремиссии заболевания. Частота встречаемости депрессий у пациентов с контролируруемыми приступами варьирует от 3% до 9%, тогда как у больных с продолжающимися припадками депрессивные расстройства выявляются в 33–64% наблюдений.

Клинико-психологические исследования, используемые в диагностике депрессивных расстройств у больных эпилепсией, позволяют объективизировать их выраженность, структуру, связь с социально-средовыми и индивидуально-личностными параметрами. В условиях наблюдающегося патоморфоза психических нарушений, в том числе и у больных эпилепсией, особое значение приобретают портативные, экспресс-психодиагностические методы, направленные на выявление слабовыраженных, скрытых и соматизированных форм депрессивных состояний. Одним из наиболее распространенных опросников, приспособленных

как для целей клинической диагностики, так и для массовых психопрофилактических исследований, является «Шкала самооценки депрессий», разработанная В. Зунгом и адаптированная в НИПНИ им. В.М. Бехтерева. При относительно невысоком уровне депрессии, особенно если в клинической картине наряду со снижением настроения наблюдаются астенические проявления, шкала может быть более чувствительна, чем другие.

Применение опросника В. Зунга позволило выявить наличие депрессивных расстройств различной степени выраженности более чем у половины больных эпилепсией (55,5%), при этом у большинства больных наблюдается легкая (41,8%) и умеренная депрессия (12,7%). Уровень депрессии коррелирует с возрастом больных: у лиц до 18 лет чаще выявляется минимальная депрессия (63,6%), а у пациентов старше 40 лет умеренная депрессия (36,4%), длительностью заболевания (был более выражен у лиц с длительностью заболевания свыше пяти лет), наличием инвалидности.

Особое значение для клинической практики и психопрофилактического прогнозирования имеет определение степени выраженности тревожных расстройств. Состояние тревоги, по современным представлениям, является эквивалентом субъективного переживания сигналов угрозы организму и личности, возникающих при нарушениях личностно-средового взаимодействия. Это субъективное психологическое состояние лежит в основе начальной фазы эмоционально-аффективной реакции — острого эмоционального или психологического стресса и является наиболее интимным и облигатным компонентом стрессогенеза.

Различают личностную и реактивную тревожность.

Частота встречаемости при эпилепсии тревожных расстройств без уточнения их конкретной разновидности составляет от 5% до 30%, то есть несколько ниже, чем депрессий.

В лаборатории клинической психологии Института им. В.М. Бехтерева для диагностики тревожных расстройств разработан оригинальный тестовый инструмент «Интегративный тест тревожности» (ИТТ). Процедура использования

этого опросника предполагает получение общей оценки выраженности тревожности, а также оценок по пяти субшкалам — эмоционального дискомфорта, астенического и фобического компонентов тревоги, тревожной оценки перспективы и социальной защиты. Такой подход позволяет более дифференцированно рассмотреть состояние тревоги и определить адекватные пути ее купирования в условиях амбулаторного и стационарного лечения. Существенно расширяет границы использования ИТТ ее компактный, экспресс-диагностический характер.

Применение ИТТ в клинической эпилептологии позволило выявить у больных эпилепсией преобладание личностной тревожности (55,45%) над ситуативной (26%). В большей степени в структуре личностной тревожности выражены эмоциональный дискомфорт, тревожная оценка перспективы, астенический компонент тревожности, в меньшей степени фобический компонент и социальная защита. Полученные данные свидетельствуют о том, что для больных эпилепсией характерны эмоциональные расстройства (сниженный эмоциональный фон, неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональная напряженность, элементы ажитации), астенические проявления (усталость, расстройства сна, вялость и пассивность, быстрая утомляемость), нарушения личностно-средового взаимодействия.

Высокий уровень ситуативной тревожности (тревоги) выявляется у 26% опрошенных больных, при этом преобладают социальная защита, фобический компонент тревожности и тревожная оценка перспектив, что свидетельствует о том, что на момент обследования у пациентов преобладали ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности, общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности, проявления тревожности в сфере социальных контактов.

У лиц старше 40 лет в личностной тревожности достоверно превалирует социальная защита, по сравнению с пациентами молодого возраста, что позволяет предполо-

жить основные проявления их тревожности в области социальных контактов, попытку рассматривать окружающую среду как основной источник напряжений, неуверенности в себе. У больных, имеющих среднее и средне-специальное образование, в ситуативной тревожности достоверно выше выражен эмоциональный дискомфорт, а в личностной — общий показатель тревожности и фобический компонент, чем у пациентов, имеющих более высокий уровень образования. Астенический компонент ситуативной тревожности преобладает у лиц, обучающихся в средне-специальных учреждениях, что говорит о преобладании у них усталости, вялости, быстрой утомляемости, в то время как у больных, не участвующих в учебном процессе, достоверно выше фобический компонент личностной тревожности. Статистически достоверно больше выражен фобический компонент личностной тревожности у инвалидов II и I групп, что свидетельствует о преобладании у них ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. Такие же проявления наблюдаются у больных с частыми припадками, по сравнению с редкими. Пациенты со смешанными припадками высказывают большую озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности (шкала «тревожной оценки перспективы») в сравнении с бессудорожными формами пароксизмов. У больных с локализационно-обусловленной формой эпилепсии наблюдается тенденция к большей выраженности эмоционального дискомфорта в ситуативной и личностной тревожности, тревожной оценки перспективы в сравнении с генерализованной формой.

Для больных эпилепсией характерны разнообразные депрессивные и тревожные расстройства, проявляющиеся с различной степенью выраженности, в генезе которых играют роль и биологическая обусловленность, и психологические (психосоциальные) факторы — личностные реакции на болезнь. Их диагностика позволяет дифференцированно назначать соответствующую терапию и целенаправленно работать с больными в психотерапевтическом плане.

Гипербарическая оксигенация у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством

С.Н. Мухачёв, Л.П. Чеснокова,
Е.Д. Иноземцева, Т.В. Лебедева

*Московский государственный медико-стоматологический
университет, СКБ № 8 им. З.П. Соловьева —
«Клиника неврозов», Москва, Россия*

Работа посвящена изучению влияния гипербарической оксигенации (ГБО) на клинико-психопатологические особенности течения смешанных тревожно-депрессивных расстройств и разработке оптимальной схемы использования ГБО в комплексном лечении этих больных.

Обследованы 116 женщин со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F41.2), находившихся на стационарном лечении. Средний возраст пациенток составил $38,4 \pm 8,1$ года, основная и контрольная группы между собой значительно не различались. В основной группе проводилась комплексная терапия по разработанной нами схеме, включающей ГБО-терапию в сочетании со стандартной фармакотерапией. Контрольная группа получала фармакотерапию, аналогичную основной, ГБО не проводилась. Для объективизации получаемых результатов в исследовании используются психометрические шкалы (шкала Гамильтона депрессии, шкала Гамильтона тревоги, опросник вегетативных нарушений Вейна, шкала общего клинического впечатления CGI). В основной группе после 3–4 сеансов ГБО отмечено заметное улучшение по всем симптомам заболевания. Более чем у половины пациентов нормализовалось настроение, исчезли раздражительность, чувство вялости и апатии, ощущение внутреннего беспокойства. После 8–10 сеансов наблюдалась редукция таких симптомов аффективных нарушений, как пониженное настроение, чувство страха, раздражительность, аффективная лабильность, значительно снижались астено-вегетативные проявления в виде сердцебиения, повышенной потливости, метеочувствительно-

сти. По данным психометрических шкал также отмечались статистически значимые улучшения состояния больных. Так, средний уровень депрессивных переживаний, оцениваемый по шкале Гамильтона, при поступлении в обеих группах в среднем составлял $29,7 \pm 3,1$ балла, на 22-й день (после 3–4 сеансов ГБО) — $14,8 \pm 4,6$ балла, на 36-й день — $6,9 \pm 2,2$ балла ($p < 0,05$). По шкале Гамильтона для тревоги, средние показатели при поступлении в обеих группах равнялись $32,6 \pm 5,0$ балла, на 22-й день — $19,6 \pm 3,4$ балла, на 36-й день пребывания в стационаре — $5,3 \pm 2,3$ балла. Также происходило достоверное ($p < 0,05$) уменьшение выраженности вегетативных расстройств. Все перечисленные показатели достоверно превосходили аналогичные показатели контрольной группы.

Таким образом, комбинация ГБО и психофармакотерапии более эффективна, нежели монотерапия, при этом отсутствуют нежелательные эффекты снижения психической активности, умственной и физической работоспособности, присущие стандартной фармакотерапии.

О клинической психотерапии неврозов

Р.К. Назыров

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

Психотерапия и неврозы тесно связаны на протяжении всей своей научной истории: сама современная психотерапия создавалась на модели невротических расстройств (и релевантна психологическим концепциям личности), а в теоретических основаниях неврозов и их клинико-психологических конструкциях заметны следы психотерапевтических подходов.

Новый виток интереса к научной проблематике психотерапии неврозов обусловлен рядом социально-экономических факторов, и он неслучаен.

Причиной возвращения на повестку дня темы психотерапии неврозов, несомненно, является опыт значительного

развития клинической психиатрии, медико-биологических методов лечения и психофармакотерапии, показавших удивительную податливость, на первый взгляд, неврозов при лечении почти любыми лечебными средствами (сегодня невротическими расстройствами в той или иной мере занимается практически половина всех медицинских специальностей, от терапии до косметологии). Однако серьезным разочарованием является понимание того, что, несмотря на значительные успехи в лечении соматических и психических расстройств, современные неврозы с легкостью возвращают свои позиции. И современная медицина превращается в самый сложный медицинский, а вернее медико-психологический, лабиринт 21-го века.

Возвращение к теме психотерапии неврозов происходит уже на новом уровне психотерапевтического ресурса. За последние десятилетия психотерапия, несмотря на ряд организационных сложностей, совершила мощный скачок. Значительно расширилось ее клиническое применение в психиатрии и даже общей медицинской практике. Психотерапия в медицине начинает продвигаться в сторону доказательной и клинической психотерапии. Именно соприкоснувшись с большой психиатрией и общей медицинской практикой, психотерапия выиграла в своем развитии и стала гибче — на смену психотерапевтическому методу приходит индивидуальная психотерапевтическая программа, использующая не только все методическое многообразие современной научно-обоснованной психотерапии, но и ее различные инструментальные (индивидуальная, семейная, групповая и психотерапевтическая среда) и организационные формы (амбулаторная, стационарная и внебольничная). До настоящей клинической интеграции еще далеко, но клиническая психотерапия уже начинает вырисовываться в структуре психотерапевтического знания. Клиническая психотерапия неврозов перестает быть релевантной только психологическим концепциям личности, она постепенно становится релевантной клинико-психопатологическому, клинико-психологическому и клинико-лингвистическому единству человеческой сущности больного неврозом.

Еще одной причиной возвращения интереса к теме психотерапии неврозов является нозологическая «обязательность» психотерапии: «невротическое, связанное со стрессом и соматоформное расстройство» можно только *лечить*, в рамках пусть и биопсихосоциальной парадигмы в медицине, — все равно большинство этиопатогенетических причин этих синдромов различны, а невроз можно *вылечить*, поскольку у него есть обоснованный сотнями клинических исследований этиопатогенез и синдромогенез.

Клиническая психотерапия может вылечить невроз при условии воздействия на пять групп психотерапевтических мишеней: 1) нозологической специфики, 2) особенностей личности, 3) особенностей психотерапевтического контакта, 4) клинической ситуации, 5) ведущего психотерапевтического метода на конкретном этапе индивидуальной психотерапевтической программы.

Клиническая психотерапия неврозов должна учитывать и влияние субстрата — сегодня есть клинические подтверждения, что, например, мозговая дефицитарность и функциональная асимметрия головного мозга влияют на эффективность психотерапии и определяют предпочитаемые психотерапевтические методы. Клиническая психотерапия должна учесть этап динамики невроза — при невротической реакции психотерапевтическая интервенция может быть достаточно скромной и ограничиться симптоматическим уровнем воздействия, при остром неврозе — более мощной и обязательно включать личностно-центрированное воздействие, при затяжном неврозе обязательно включать социо-центрированное воздействие (например, групповую психотерапию), а при невротическом развитии в обязательном порядке создать условия для реализации лечебных программ в психотерапевтической среде, например, в отделении внебольничной психотерапии.

Клиническая психотерапия должна учесть и лингвистические характеристики пациента с неврозом, потому что особенности его речевого поведения не только влияют на качество проводимой психотерапии, но и определяют специфику страдания при неврозе. Кроме того, психолингви-

стические тесты в некоторых случаях более чувствительны, чем медико-психологическая диагностика.

Клиническая психотерапия не может не учитывать особенности личности, специфику интрапсихической проблематики и характер ресурса защитно-совладающего механизма больного с неврозом, а также другие важные психологические факторы, потому что, например, при алекситимии проще провести предварительный курс телесно-ориентированной психотерапии и краткосрочную динамическую или личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию, чем значительно более продолжительную краткосрочную психоаналитическую психотерапию. А когнитивно-поведенческая психотерапия не очень хорошо «работает» у пациентов с низким интеллектом, экзистенциально-гуманистическая — у людей с упрощенной системой ценностей.

Клиническая психотерапия придирчиво анализирует и качество психотерапевтических отношений в диаде «психотерапевт–пациент», потому что качество психотерапии определяется эмоциональной, когнитивной и поведенческой согласованностью, которая может ускорять психотерапевтическое лечение или, напротив, задержать наступление психотерапевтического эффекта. Ее интересует и модель бригадного взаимодействия при полипрофессиональной психотерапевтической помощи, потому что ряд психотерапевтических задач лучше решает врач-психотерапевт (патогенетическое лечение), а другие задачи лучше реализует медицинский психолог (развитие возможностей) или социальный специалист (социальная адаптация).

Клиническая психотерапия неврозов учитывает особенности клинической ситуации человека, страдающего неврозом, потому что, например, индивидуальная психотерапия при активном семейном кризисе менее полезна, чем семейно-супружеская, а наличие психотравмирующих обстоятельств в обычной жизни может явиться обоснованным показанием к стационарному психотерапевтическому лечению.

Для анализа и оптимизации всех перечисленных аспектов клинической психотерапии невроза необходимы и

еще несколько важных составляющих — клинико-психотерапевтический анализ психотерапевтического случая (клинико-психотерапевтический разбор), клиническая супервизия, с широким взглядом на целостный случай, и психотерапевтический контракт, который усиливает мотивацию пациентов и распределяет ответственность в диаде «врач-психотерапевт — пациент».

И вот когда индивидуальная психотерапевтическая программа верифицирована с учетом всех вышеперечисленных факторов, успеха в лечении не может не быть. Все эти факторы и являются факторами эффективности психотерапии невроза, именно учет всех этих системных компонентов и может дать надежду на выздоровление — *излечить* от невроза, а игнорирование хотя бы части из них тоже позволяет оказывать возможную помощь — *лечить* невротическое расстройство.

**Результаты исследования методики
клинико-психотерапевтического анализа
психотерапевтического случая при проведении
психотерапевтического лечения пациентов
с невротическими расстройствами**

Р.К. Назыров, С.В. Ляшковская, И.В. Бубнова

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

Клинико-психотерапевтический анализ психотерапевтического случая (КАПС) представляет собой структурированное определенным образом групповое обсуждение процесса психотерапии специалистами с целью помощи диаде «психотерапевт–пациент» для коррекции стратегии и тактики реализующейся на практике индивидуальной психотерапевтической программы (ИПП).

Ниже представлены результаты анализа выбранных 132 протоколов КАПС, проведенных в отделении психотерапии и реабилитации Института им. В.М. Бехтерева, у пациентов с невротическими расстройствами: 92 плановых (по

технологическому плану работы отделений) и 40 — экстренных (по активным заявкам врачей-психотерапевтов).

Наибольшее количество сложностей при реализации ИПП было связано с недоучетом факторов психогенеза имеющих у пациентов расстройств — 23,2%. На втором месте по частоте определяются сложности, обусловленные характером мотивации пациента, и связанные с этим сложности определения психотерапевтического заказа — 19,4%. Третий по значимости фактор, затрудняющий проведение психотерапии, был связан с несоответствием между концепцией описания механизмов психогенеза и теоретическими основаниями выбранных методов психотерапии (10,4%).

В группе КАПС, проводимых по экстренным причинам, отмечается более высокий показатель сложностей процесса психотерапии — 1,9 сложности на одну сессию КАПС (при проведении КАПС по технологическому плану этот показатель ниже — 1,4). При этом при экстренных КАПС сложности чаще выявляются на начальном этапе психотерапии, а в группе плановых КАПС — на основном этапе психотерапии.

Различия в мотивации к психотерапии пациентов с невротическими расстройствами (особенности запроса на психотерапевтическую помощь) распределялись следующим образом: запрос, ориентированный на личностные изменения, связанный с пониманием роли психологических факторов, отмечался в 81 случае (61%), симптоматический заказ — в 31 случае (23%), манипулятивный заказ — в 13 случаях (9,8%), иная мотивация отмечалась в 7 случаях (5,3%).

До проведения КАПС в большинстве случаев психотерапевты пользовались при объяснении причин имеющих расстройства эклектическими представлениями психотерапии (в 79 случаях, 59%). После проведения КАПС чаще всего врачи-психотерапевты пользовались психодинамической концепцией — ЛО(Р)П (в 64 случаях, 49%) при описании механизмов психогенеза имеющих расстройства или теоретическими основами когнитивно-поведенческого подхода (в 27 случаях, 20,5%). Эклектический и гуманистический подход использовались реже (19 и 14 случаев соответствен-

но). В 7 случаях представление об этиопатогенезе расстройства к моменту разбора сформулировано не было, чего не отмечалось после проведения КАПС ($p < 0,05$)

Таким образом, КАПС позволяет проводить анализ основных факторов психотерапевтического процесса, типологизировать сложности психотерапевтических случаев с учетом этапов психотерапевтического процесса, ведущей психотерапевтической концепции, мотивации пациента, выделяемых врачом-психотерапевтом мишеней психотерапии, что несомненно повышает качество проводимой психотерапии.

Психотерапевтический контракт при работе с пациентами с невротическими расстройствами

Р.К. Назыров, В.В. Холявко, С.В. Ляшковская, М.Б. Ремесло,
В.Я. Сазонов, В.А. Ташлыков, Д.А. Федоряка

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

В современной отечественной психотерапии система психотерапевтического контракта находится в стадии внедрения и доработки.

Психотерапевтический контракт (ПК) является процедурой начального этапа психотерапевтического лечения и неотъемлемым компонентом клинического подхода. При проведении психотерапевтического лечения больных с невротическими расстройствами ПК представляет собой систему взаимных соглашений между пациентом и психотерапевтом, отражающих общее понимание причинных механизмов невротического расстройства, содержательного наполнения психотерапевтического взаимодействия (методов и форм психотерапии), а также целей психотерапевтического вмешательства. ПК основан на четком разделении и принятии ответственности врачом-психотерапевтом и пациентом, согласованном распределении прав и обязанностей между участниками психотерапевтического процесса.

По сути, ПК — это психотерапевтическая методика, направленная на создание терапевтических отношений, необходимых для осуществления всех компонентов психотерапевтического воздействия в рамках индивидуальной психотерапевтической программы.

При оказании психотерапевтической помощи пациенту специалисты, практикующие в различных направлениях, зачастую оставляют без внимания многосторонний комплекс условий, определяющих в дальнейшем качество оказываемой помощи, а также готовность пациента эту помощь получать. В работе с невротическими пациентами эти условия тем более необходимо учитывать, так как они зачастую определяют или влияют косвенно на возникновение, поддержание и течение самого невротического расстройства.

Разработанная процедура ПК позволяет учесть многие из факторов, такие как внутренняя картина болезни пациента, характер его мотивации, особенности взаимодействия с микросоциальным окружением, тяжесть состояния пациента и выбор соответствующего вида помощи, определение ожидаемого результата и др.

ПК может заключаться как на первой встрече, так и в конце диагностического этапа. Однако в ряде случаев заключение ПК невозможно в силу сущности невротического расстройства — неспособности пациента принять хотя бы часть ответственности на себя (например, при наличии вторичной выгоды). В таких случаях достижение соглашения между пациентом и психотерапевтом в виде ПК становится сутью лечебного психотерапевтического процесса.

Предназначение ПК — определить взаимную ответственность в диаде «врач-психотерапевт-пациент». Пациент принимает на себя достаточную и адекватную психотерапевтическому заказу ответственность (от простого выполнения рекомендаций по соблюдению режима до правила «говорить все, что приходит в голову»). Психотерапевт также может занять адекватную для проведения психотерапии позицию. Это позволяет снизить уровень эмоционального сгорания специалиста, повышает эффективность психоте-

рапевтической работы. В случае достижения общего соглашения создается общее «психотерапевтическое пространство» — все участники процесса разделяют взгляд на расстройство, страдание, стратегию и тактику вмешательства, принимают оговоренные способы взаимодействия. Например, любые способы коммуникации, не играющие лечебной роли в обычном взаимодействии «человек–человек», становятся психотерапевтической интервенцией (например, библиотерапия, групповое обсуждение проблем и т. д.). Очевидно, что в таких условиях эффективность психотерапии будет достаточно высока. И наоборот, в случае некорректно заключенного ПК любая психотерапевтическая работа, независимо от выбранного направления, будет скорее всего неуспешна.

Представляется, что на данный момент основной задачей по внедрению системы ПК является прежде всего проведение достоверных исследований в условиях отечественной клинической модели оказания психотерапевтической помощи. Выполнение этой задачи могло бы предоставить новую информацию о целесообразности того или иного алгоритма терапии, сформировать научно обоснованную последовательность заключения психотерапевтического контракта с пациентами либо клиентами психотерапевта, ввести методику в широкую психотерапевтическую практику.

Система психотерапевтического контракта с позиций клинической психотерапии уже зарекомендовала себя при использовании в ряде государственных и частных учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь. Проведенные выборочные исследования показывают, что количество повторных пациентов после первых нескольких встреч значительно возрастает при проведении психотерапевтом процедуры заключения ПК (либо ее первых шагов).

Однако для более широкого внедрения разработки данная тематика остро нуждается в дальнейших научных исследованиях, основанных на концепции клинической психотерапии.

Динамические силы стресса в эволюции поведенческих паттернов

Л.С. Немых

*Институт последипломного медицинского образования
Воронежской государственной медицинской академии
им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия*

Одним из самых частых поводов обращения за психотерапевтической помощью является кризисное состояние и следующее за ним состояние дезадаптации. Очевидно, что событие, которому можно присвоить ранг «стрессового» по его брутальности и значимости для конкретного индивидуума, вынуждает (подвигает) его к поиску принципиально новых способов поведения. Включая преодолевающее поведение, человек запускает процесс замены привычных, устаревших способов реагирования на новые, эволюционно значимые поведенческие паттерны. Изречение «человек растет преодолениями» точно описывает этот процесс.

Разворачиваясь в жизни человека, стресс нарушает гомеостатическое равновесие и, вызывая состояние дискомфорта, активизирует поиск новых способов мыслить, чувствовать и действовать. Особенно ощутимо разворачивается эмоциональный компонент стресса, который может достигать уровня эмоциональной боли, дополняясь при хронизации проблемы еще и телесной болью.

Жизнь человека как процесс представляет собой череду трудных ситуаций (задач), разрешая которые он меняется, становится опытнее, устойчивее, мудрее. Интенсивность возникающих проблем зависит от степени чувствительности человека к их распознаванию на самых начальных, деликатных этапах. Чем раньше распознаны «знаки» проблемы, тем меньшими затратами она может быть решена как новый способ реакции и поведения. Очевидно, что таким инструментом, распознающим проблему, является интуитивный аппарат человека. Именно хорошо развитая интуиция позволяет опознавать меняющиеся условия жизни еще на этапе их «зарниц».

Низкая чувствительность приводит к тому, что способность воспринимать изменения и следовать им проявляется лишь в случаях, когда интенсивность и проявленность таких событий достигает осязаемого уровня. Такие события принято называть «стрессовыми», и пройти мимо них нет возможности, так как они затрагивают основы существования человека, обостряя его инстинктивную жизнь и, в первую очередь, инстинкт самосохранения. Искажается эмоциональная переработка информации, всю продуцируя такие опасные чувства, как тревога и страх. Вызывая общий дискомфорт, стресс подталкивает человека к принципиально новым способам действия. Таким образом, стресс является эволюционной составляющей в жизни индивидуума.

В тех случаях, когда из-за большого объема значимой травматической информации, который превышает возможности процесса дезактуализации мозга, происходит блокировка процесса когнитивной и эмоциональной переработки, информация сохраняется в необработанном и непримененном варианте. Вся клиническая симптоматика при этом представлена невротическими реакциями с появлением большого количества симптомов, их сопровождающих. Именно эти симптомы, а не само стрессовое событие, начинают занимать все внимание человека и являются мишенями врачебного воздействия. Такой процесс можно описать как эффект «снежного кома». Само же стрессовое событие, эмоционально болезненное и неприятное, с помощью механизмов психологической защиты нивелируется и выводится из сферы сознательного внимания. Поиск такого события (психотравмы) и психотерапевтическая работа с ним являются патогенетическим подходом в терапии этих состояний.

Применение метода десенсибилизации позволяет осуществлять восстановление процесса «стресс-адаптация», ослабляя эмоциональное звено и усиливая когнитивную переработку события, переводя его в опыт, реализующийся новым поведением.

Используя явления нистагмоида в аспекте двойной фокусировки (раздражитель и информация), десенсибили-

зация запускает систему переработки травматического опыта, способствуя его вскрытию и разблокировке. Это восстанавливает естественный процесс когнитивной, эмоциональной и поведенческой переработки информации. Десенсибилизация как метод позволяет получить прямой доступ к травмирующей негативной информации путем активации информационных структур мозга. Это метод быстрого достижения инсайта. Наши собственные исследования применения метода десенсибилизации позволяют отметить высокую эффективность и стабильность достигаемых результатов в работе как с острыми травматическими событиями, так и с посттравматическими стрессовыми расстройствами.

Биохимические маркеры метаболических расстройств и сосудистых нарушений у пациентов с цереброваскулярной патологией с невротическими расстройствами

В.В. Никитина, Е.П. Нужный, Е.Г. Маевская, Э.Л. Блашко

*Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. И.П. Павлова, Россия*

Гипергомоцистеинемия представляет собой фактор риска сосудистых заболеваний, вызываемых эндотелиальными повреждениями и системным атеросклерозом.

Целью исследования было подтвердить эндотелиальные расстройства вследствие формирования гипергомоцистеинемии и установить биохимические маркеры тяжести функциональных расстройств нейронов головного мозга у пациентов.

Материалы и методы. Изучали влияние хронической ишемии на окислительный метаболизм у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, перенесшими или нет острое нарушение мозгового кровообращения в различных сосудистых бассейнах в периоды от 3 до 6 месяцев и более 1 года. Все пациенты имели верифицированные диагнозы

заболеваний. Больным проводились неврологическое и нейропсихологическое исследование, нейровизуализационные исследования. Пациенты имели очаговую неврологическую симптоматику в виде: интеллектуально-мнестических расстройств, пирамидной недостаточности, различных видов атаксий. 10 пациентам и 20 донорам определяли уровень лактата, пирувата, общий гомоцистеин, α_2 -макроглобулин, метилмалоновую кислоту в плазме крови. Лактат, пируват в плазме крови регистрировался спектрофотометрически, α_2 -макроглобулин — спектрофотометрически с помощью энзиматического метода. Значения общего гомоцистеина, метилмалоновой кислоты — с помощью аппарата Agilent 1100.

Заключение. В различные периоды реконвалесценции после перенесенного инсульта у пациентов регистрируется увеличение накопления лактата и пирувата в плазме крови по сравнению с группой доноров. Это указывает на активацию гликолиза в ткани головного мозга по аэробному пути. Значительное повышение активности первого фермента дыхательной цепи никотинамида-динуклеотида-дегидрогеназы свидетельствует об усилении аэробных окислительных процессов у пациентов в постинсультных периодах, что говорит об активации гликолиза в ткани головного мозга по аэробному пути. В свою очередь, у исследованных пациентов регистрировалась метилмалоновая ацидемия различной степени тяжести. Таким образом, у пациентов наблюдалось усиление аэробного метаболизма нейронов головного мозга. В постинсультные периоды происходит активация пентозо-фосфатного пути, направленная на обеспечение синтетических процессов в головном мозге. Перечисленные изменения в плазме крови у пациентов с цереброваскулярной патологией регистрируются как в связи с эндотелиальными дисфункциями, атеросклерозом артерий головного мозга, так и вследствие метаболических расстройств, в частности вторичных митохондриальных дисфункций в нейронах головного мозга.

Невротическая природа алкогольной зависимости у женщин

В.Б. Никишина, И.В. Запесоцкая

*Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия*

В силу исторической связи невротических расстройств с концепцией невроза их дифференцированная природа рассматривается согласно ее психологическим механизмам. Проблема взаимосвязи невротических нарушений и состояния зависимости имеет общее базисное основание — в природе и тех и других имеет место конфликт с реальностью, сосредоточенный в системе субъект-субъектных отношений. Состояние зависимости и невротические расстройства являются непродуктивным способом преодоления конфликта с реальностью.

Осуществляя сравнительный анализ феноменологического пространства состояния зависимости и невротических расстройств, в системе проявлений каждого выделяют аффективные, регуляторные, поведенческие и соматические компоненты. В детерминационном основании, как при состоянии зависимости, так и при невротических нарушениях, имеет место травмирующая ситуация, и чаще всего на ранних этапах онтогенеза.

Регуляторная разбалансированность в структуре проявления зависимости и невротических расстройств является видоспецифической. В мотивационной сфере разбалансированность при состоянии зависимости связана с изменением иерархии мотивов и возникновением новой патологической мотивационной системы. Патологические мотивационные особенности в виде общего ослабления мотивационного ресурса характерны для невротических расстройств. Эмоциональный компонент регуляторной разбалансированности как при состоянии зависимости, так и при невротических нарушениях проявляется в амбивалентности. Амбивалентность, в силу фиксированности всех эмоциональных реак-

ций на объекте зависимости, приобретает свойства полярности (эйфория — раздражение, гневливость), цикличности (повторяемости), истощаемости. Вследствие чего эмоциональные реакции приобретают очевидную фиксированность и опосредованность объектом нарушенного состояния, а также теряют свои ориентировочные функции.

Психологическая характеристика больных ПТСР

В.М. Николаев, Е.В. Петрова, А.И. Бусыгин

*Пензенский институт усовершенствования врачей, г. Пенза;
Центр психоневрологии и наркологии в ГУЗ МСЧ № 59 ФМБА России,
Пензенская область, г. Заречный, Россия*

Анализ соотношения контрольных шкал усредненного профиля личности, построенного по результатам психологического исследования с помощью личностного опросника ММРП больных госпиталя ветеранов войн (29 человек), показывает достоверность полученных данных, достаточной откровенности испытуемых при ответе на вопросы теста. В то же время отмечается тенденция к подчеркиванию имеющихся проблем. В усредненном профиле личности верхнюю границу нормативных оценок 70 Т превышают показатели 2-й («Депрессия»), 1-й («Ипохондрия» — «сверхконтроль») 8-й («Индивидуалистичность») и 7-й («Тревожность») шкал при относительно высоких, находящихся в пределах значений нормы, показателях 3-й («Эмоциональная лабильность»), 4-й («Импульсивность») шкал. Подобный тип профиля личности свидетельствует о выраженном эмоциональном дискомфорте испытуемых. Повышенные оценки по 4-й шкале не свидетельствуют о возможности импульсивных реакций. Усредненный основной профиль личности указывает на дисгармоничность характера испытуемых, свойственный им преморбидный смешанный тип характера, наличие разнонаправленных тенденций (гипостенических и стенических свойств) с преобладанием на момент обследования гипостенического регистра переживаний и поведения, свойственного больным

с неблагоприятной ситуацией и отражающего невротический вариант дезадаптации. Подобный тип профиля личности характерен для клинической картины тревожно-депрессивного состояния с ипохондрическими включениями. Сочетанный подъем по шкалам 2-й, 1-й, 8-й и 7-й, а также повышенной 3-й указывает не только на реактивную (ситуационно спровоцированную) депрессию и тревожность, но и на определенную личностную predisposition, преморбидно свойственные испытуемым и заостренные длительным эмоциональным стрессом устойчивые личностные особенности, противоречивую структуру личности, что изначально создает внутренний конфликт. В характере испытуемых с подобным типом профиля личности изначально сочетаются такие противоположные черты, как высокий уровень притязаний, потребность в признании, одновременно мотивация избегания неудач, пассивность, обособленность. Для испытуемых характерны стенический регистр эмоций гнева, восхищения, гордости, презрения, с одной стороны, и эмоции астенического регистра: чувство страха, вины, тревожность, мнительность — с другой, эмоциональная неустойчивость, лабильность.

Таким образом, обнаруженные нами психологические особенности и структуры личности больных с ПТСР предполагают целенаправленную психотерапию данного контингента, с учетом двойственности, полярности многих личностных проявлений.

О составе полипрофессиональных бригад при оказании помощи больным с невротическими расстройствами

Е.Л. Николаев, Ф.В. Орлов, А.Б. Козлов, М.Н. Макарова

Чувашский государственный университет,

Институт усовершенствования врачей,

Республиканская психиатрическая больница, г. Чебоксары, Россия

Обращение научной общественности, специалистов-практиков и организаторов здравоохранения к биопсихосоциальному подходу как основной парадигме развития систе-

мы помощи больным с психическими расстройствами сопровождается расширением использования в службе психического здоровья страны полипрофессиональных бригад специалистов. Наиболее часто в их состав включаются: психиатр, психолог, специалист по социальной работе, медсестра.

Однако существуют и другие модели бригадных форм помощи больным с психическими расстройствами. В частности, четвертьвековой опыт работы Республиканского психотерапевтического центра в г. Чебоксары свидетельствует, что при оказании помощи больным с невротическими расстройствами не менее эффективен и иной состав специалистов амбулаторной бригады. Помимо врача-психиатра в нее входят: врач-психотерапевт, медицинская сестра, медицинский психолог, врач-рефлексотерапевт, врач мануальной терапии, физиотерапевт. При работе с детьми и подростками бригада включает врача-невролога. При необходимости бригада дополняется логопедом, врачом-сексологом. Важным условием функционирования такой бригады является наличие подготовки или высокий уровень компетентности по смежным специальностям.

Обращение к такому составу полипрофессиональной бригады обусловлено тем, что клинические проявления невротических расстройств у взрослых и детей имеют свою специфику, которая определяется тесной взаимосвязью эмоциональных, вегетативных, когнитивных, поведенческих и соматических нарушений, когда невозможно работать изолированно над нормализацией психоэмоционального состояния человека.

Другой стороной такого подхода является уникальная возможность практической реализации целостного восприятия здоровья человека без деления его на психическую и соматическую составляющие. Подбор специалистов позволяет одновременно воздействовать на различные сферы человеческого функционирования с различных направлений.

Особо важным аргументом в пользу этого подхода является более полное соответствие ожиданиям самого пациента. Практика показывает, что многие при первом обращении

нии просто не готовы к признанию внутриличностных проблем, а потому и к продуктивной работе с психотерапевтом и психологом. Начало оказания помощи с диагностики и лечения телесных проявлений у мануального терапевта, рефлексотерапевта, физиотерапевта подготавливает пациента к более позднему продуктивному взаимодействию со специалистом по осознанию внутриличностных конфликтов.

Первичное интервью и анкета «История жизни» в экзистенциальной психотерапии

Г.А. Нюхалов

*Областной психотерапевтический центр Оренбургской областной
клинической психиатрической больницы № 2, г. Оренбург, Россия*

Жесткие временные рамки придают большую значимость первой встрече психотерапевта и пациента. Существуют универсальные цели и задачи первичного интервью: установление доверия, «присоединение», сбор и предоставление информации. Способ их реализации зависит от теоретического направления. Основными постулатами экзистенциализма являются: осознание, ответственность, выбор, сосредоточенность на процессе, вовлеченность, сопричастность, искренность и **событиё**.

Консультанты, независимо от избранного теоретического направления, придают особое значение повышению личной ответственности пациентов за ход их собственной жизни. Заполнение анкеты может решить эту задачу и позволит пациенту на первой консультации сосредоточиться на потоке своей субъективности. Психотерапевт же, освободившись от необходимости формализованного сбора сведений, может сосредоточиться на построении отношений и на процессе терапии. Анкета называется «История жизни», что подчеркивает не только медицинский характер вопросов. Она подталкивает пациента к осознанию своего собственного бытия или, по крайней мере, взгляду на него. В каждом разделе, помимо стандартного сбора информации, уделяет-

ся внимание субъективному, личному, уникальному восприятию мира и себя в этом мире. Некоторые вопросы относятся к процессу психотерапии, тем самым возвращая пациента в отношения с врачом, в проживание совместной работы. Анкета, не являясь стандартизированным диагностическим вопросником, помогает избежать установления диагноза уже на первой консультации, препятствует ограничению видения пациента, стигматизации и «навешиванию ярлыков». Помогая узнать больше о личности пациента, анкета способствует восприятию уникальности другого человека, запускает процесс последовательного раскрытия и позволяет психотерапевту, сохраняя беспристрастность, повысить эффективность взаимодействия.

Особенности формирования концепции неврозов

С.А. Овсянников

*Московский государственный медико-стоматологический
университет, Россия*

Понятие «невроз» в психиатрии было введено шотландским психиатром В. Кулленом в 1769 году. Автор специально подчеркнул, что подобная патология не сопровождается органическими изменениями мозговых структур и имеет самые различные клинические симптомы, не достигающие степени выраженного психоза. Он полагал, что поскольку носители нервной информации — особые «фибры» — пронизывают все органы и ткани, то не существует болезней, которые не были бы связаны в той или иной степени с вовлечением в страдание нервной системы. В дальнейшем широкое понимание термина «невроз» как общего заболевания всей психики стало трансформироваться с учетом особых клинических вариантов, которыми манифестировали различные патологические невротические состояния. Особое внимание вначале было уделено «истерии» с ее изменчивой картиной достаточно ярких симптомов и соматических расстройств. В XIX веке П. Брике (1859) описал многочисленные соматогенные про-

явления, свойственные истерии («синдром Брикe»). В 1869 году американский невролог Дж. Бирд выделил неврастению как «американский невроз», причину которого он видел в резкой перегрузке нервно-психической сферы у людей, стремящихся стать миллионерами. Автор отметил, что не каждый является «миллионером нервной энергии», поэтому признаки переутомления приводят к типичным симптомам невроза — усталости (астения), сверхраздражительности (гиперпатия) и расстройству сна. В дальнейшем дискуссии по проблеме неврозов касались вопроса о том, каждый ли может в условиях «сверхнагрузки» заболеть неврозом или это удел особых лиц, изначально имеющих ряд деформаций нервно-психической сферы (психопатические личности). Клинический опыт показал, что, действительно, при психопатии невротические проявления возникают легче, и они в основном соответствуют структуре психопатической личности. В работах П.Б. Ганнушкина и др. доказано, что истерический невроз почти всегда возникает у личностей истерического круга («жажда признания», «стремление привлечь к себе внимание»). Астенический невроз преимущественно развивается у астенических психопатов (психастения, тревожно-мнительные личности, по С.А. Суханову). Примерно такие же взаимодействия с особой психопатической структурой наблюдаются и в других случаях. Отсюда становится понятным необходимость изучения преморбидной личности больных с неврозами с целью правильной диагностики и проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Проблема невротических расстройств в клинике эпилепсии у женщин

Г.В. Одинцова, Л.А. Сайкова

Институт мозга человека РАН, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

Эпилепсия занимает третье место по распространенности среди неврологических заболеваний. Социальный

негативизм к больным эпилепсией, снижение качества жизни, длительная медикаментозная терапия создают основу для развития невротических расстройств при эпилепсии.

Цель: выявить периоды возникновения невротических расстройств при женской эпилепсии, оценить информированность женщин об осложнениях антиэпилептических препаратов (АЭП).

Материал и методы. В исследование включены 60 женщин с эпилепсией в возрасте от 17 до 45 лет, средний возраст — 26,7 года. Скрининговое исследование эмоциональной сферы проводилось с помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии». При первичном обращении в алгоритм обследования включались обследования безопасности, структурированные с учетом побочных эффектов АЭП. Диагноз невротических расстройств ставился при наличии следующих критериев диагностики: наличие психотравмирующей ситуации — эпилепсия; наличие невротических особенностей личности, выявление характерного типа невротического конфликта, выявление невротических симптомов, взаимосвязанных с уровнем напряжения психологического конфликта. Проведено анкетирование женщин по специально разработанной анкете с включением блока вопросов, выясняющих информированность респонденток по риску нежелательных явлений АЭП.

Результаты и обсуждение. Невротические расстройства при женской эпилепсии преобладали в три временных периода: в начале антиэпилептической терапии, при переходе с монотерапии на политерапию, при длительной политерапии. Психоэмоциональные реакции преобладали в первые два временных периода. При длительной политерапии чаще встречались ипохондрические соматовегетативные расстройства. Информированность о влиянии АЭП выявила озабоченность женщин состоянием здоровья. Большинство респонденток считает, что чаще АЭП неблагоприятно влияют на желудочно-кишечный тракт, далее — на кровеносную систему, умственную активность, почки, репродуктивное здоровье. Наименьшие

опасения вызывает влияние на сексуальную сферу. Среди опрошенных 30% считают, что антиэпилептические препараты могут вызывать осложнения со стороны всех органов и систем.

Таким образом, при женской эпилепсии невротические расстройства чаще возникают в период начала и изменения схемы противоэпилептического лечения. Предрасполагающим фактором является недостаточная информированность опобочных явления современных антиэпилептических препаратов, высокий уровень тревоги относительно ухудшения общего здоровья при лечении.

Гештальт-подход в терапии детских неврозов

М.В. Оршанская

СПб АППО, Россия

Невроз в гештальт-подходе рассматривается не как внутренний конфликт, а как нарушение цикла контакта организма и среды в постоянно изменяющемся поле. Здоровый ребенок гибко приспосабливается как к требованиям внешней среды, так и к собственным внутренним изменениям. Однако на фоне соматической ослабленности или резидуальной церебральной органической недостаточности возникают астенические расстройства, способствующие фиксации невротических симптомов. Особенности личности: повышенная эмоциональная чувствительность, выраженность «Я» — также могут способствовать невротизации. Если мать имеет собственные нарушения в формировании контакта со средой, она плохо распознает особенности личности ребенка, его потребности и опирается в воспитании на фантазийные представления о том, каким он должен быть. Таким образом, нарушается контакт матери и ребенка. Но ребенок для матери — это не только объект внешней среды, с которым ей трудно взаимодействовать, маленький ребенок — это еще и часть матери. Нарушение контакта матери с окружающим миром приводит к нарушению форми-

рования контакта ребенка с этим миром. И если мать боится столкновения с людьми, ребенок тоже будет этого бояться, если она воспринимает контакт с людьми как направленную на нее агрессию, ребенок тоже будет ожидать агрессию. Когда у ребенка не формируется способность адекватно взаимодействовать с окружающей средой, менять свое поведение в ответ на изменения среды, развивается невроз.

В гештальт-подходе здоровый взрослый осознает свои потребности, понимает свои возможности, активно функционирует и несет ответственность за свои поступки. Маленький ребенок не может в полной мере осознавать, что с ним происходит, но способен чувствовать и действовать «здесь и сейчас». Роль осознания и ответственности остается родителям. Чем старше ребенок, тем больше он способен понимать свои чувства и отвечать за свои действия. В связи с этим психотерапия больного неврозом включает не только улучшение функционирования ребенка через игру, творчество, беседу в терапевтических условиях, но и помощь родителям в осознании состояния ребенка, его потребностей и принятии ответственности за его психическое состояние. Родитель учится отвечать на вопросы: «Как мое поведение подкрепляет невротические черты ребенка?», «Как я усиливаю его тревожность?», «Как я могу поддержать его, дать проявить ребенку агрессию, помочь в формировании более осознанного поведения?». Психотерапия детей раннего возраста в первую очередь направлена на гармонизацию отношений матери с окружающим миром. По мере взросления ребенка и психологического отделения его от матери, акцент в психотерапии смещается с обучения взаимодействия пары «ребенок–родитель» со средой к помощи в адекватном взаимодействии между родителем и ребенком. Подросток в значительной степени существует отдельно от родителей, имея собственные интересы, потребности, представления о способах их удовлетворения. Он еще во многом перенимает стиль жизни родителей, поэтому актуальным остается психотерапия семейной среды, но основную роль играет формирование адекватного контакта подростка с окружающей средой.

В результате психотерапии ребенок обретает способность находиться в контакте со средой для удовлетворения своих потребностей, становится активен в процессе жизнедеятельности, открыт новому опыту.

Возможности психологической диагностики постбоевых стрессовых расстройств

А.В. Остапенко, С.А. Колов

*Волгоградский областной клинический госпиталь
ветеранов войн, г. Волгоград, Россия*

В научной литературе, особенно психодинамического направления, оценка постбоевых расстройств обычно сводится к понятию так называемой «двойной» травмы, основанной на взаимоотношениях между опытом детства и военного стресса. Информация, полученная нами при изучении комбатантов с психическими расстройствами, свидетельствует о том, что у них происходит нарушение приспособительных реакций и рассогласование функционирования всех физиологических и защитных сил систем организма уже в периоде раннего детского возраста. Патологические изменения на биохимическом уровне и условных рефлексов (обучения), личностной организации начинают формироваться в результате деструктивных микросоциальных взаимоотношений в детстве. Это приводит к нарушению у них процесса нормальной идентичности, неадаптивному обучению, при котором на когнитивно-поведенческом уровне их личности закрепляются патологические стереотипы за счет механизмов интроекции — усвоение опыта без критики. В условиях боевого стресса индивидуумы с незавершенной идентичностью наиболее подвержены действию внешних, боевых стрессоров.

Существует мало психологических методик, которые могут выявить ранний детский личностный конфликт, вытесняемый обычно в бессознательное и «маскированный» эффектами боевого актуального стресса. Прямые вопросы

из опросников и тестов не дают эффекта, так как обращены к сознанию и вызывают обычно у комбатантов выраженное сопротивление. Нами предложен для диагностики вышеописанных проблем проективный тест Rorschach. Из содержания ассоциаций, вызываемых тестовыми картами этой методики, можно получить важную информацию о потребностях, которые взаимосвязаны и характеризуют целостную психическую организацию личности. При нарушении формирования базовой потребности в «безопасности» в раннем детстве, формирующиеся в этот период психологические защиты подвергаются сильному искажению из межличностных стрессоров. Это находит выражение в поведении и восприятии окружающего мира во всей дальнейшей жизни участников войн. Предположительно у данной категории людей должен быть значительно превышен процент ответов с «плохой формой», «прозрачностью», «проникновением». Особенно эти признаки могут проявляться при ответах на вторую карту, отражающую проблемы детства.

Активный и пассивный выбор психотерапевтической помощи пациентами с невротическими расстройствами и ее эффективность

И.О. Павловский, С.П. Калганов

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

Современные данные об эффективности применения различных методов психотерапии больных с невротическими расстройствами разнородны и иногда противоречивы. В условиях развития доказательной медицины и доказательной психотерапии необходимо проведение специальных исследований для изучения факторов, определяющих эффективность психотерапии.

С этих позиций было проведено специальное исследование на базе отделения внебольничной психотерапии и отделения неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бех-

терева, целью которого было изучение влияния активного выбора психотерапии на ее эффективность. Исследование должно было подтвердить (или отвергнуть) общую исследовательскую гипотезу, предполагающую наличие таких особенностей личности пациентов с невротическими расстройствами, которые не связаны с клиническими и социально-демографическими характеристиками, которые обуславливают выбор психотерапевтической модели лечения и ее эффективность в конечном счете.

В рамках общей гипотезы, в качестве системообразующей характеристики предполагаемых особенностей личности пациентов с невротическими расстройствами, был выбран фактор активного (сами пациенты обращались за психотерапией и предпочитали психотерапию другим видам лечения) или пассивного (были направлены на психотерапию при обращении за помощью) выбора психотерапии, на основании которого респонденты были подразделены на две группы. По всем другим клиническим и социально-демографическим характеристикам пациенты обеих групп не различались.

Обследование больных, в частности, проводилось с помощью Опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R) до и после проводимой краткосрочной психотерапии.

В результате исследования было выявлено, что после лечения у пациентов, активно выбравших психотерапию, обнаруживается уменьшение значений по шкалам «обсессивность-компульсивность», «депрессивность» и «тревожность», тогда как у пациентов, пассивно выбравших психотерапию, статистически значимое уменьшение значений наблюдается только по шкале «тревожность». В группе пациентов, пассивно выбравших психотерапию, наблюдается статистически значимое увеличение по шкале «паранойальность», тогда как в группе пациентов, активно выбравших психотерапию, значимые изменения по данной шкале не отмечались. Динамика других шкал опросника в обеих группах испытываемых статистически не различалась.

Полученные данные дают основание предполагать, что особенности личности пациентов, обуславливающие активный или пассивный выбор психотерапии, могут влиять на ее результаты.

Танцевальная психотерапия в лечении больных с невротическими расстройствами

Ю.Р. Палкин, Н.Ю. Оганесян, О.Н. Горбачёва

*Городская психиатрическая больница № 7 им. ак. И.П. Павлова,
Городская психиатрическая больница № 6
(стационар с диспансером), Санкт-Петербург
ФГУЗ МСЧ 172 ФМБА России, Психоневрологический диспансер,
Димитровград, Россия*

В лечении больных с невротическими расстройствами успешно применяются методы психотерапии. Применение танцевальной психотерапии как невербального метода в лечении невротических расстройств в настоящее время еще недостаточно изучено, в связи с чем данное исследование представляет интерес. Исследование проведено в ГПБ № 7 им. А.И. Павлова на 76 пациентах (женщин — 61, мужчин — 15, возраст от 18 до 55 лет) с невротическими расстройствами (F40.0, F40.1, F40.2, F41.0, F41.1, F41.2 и F50.0, F50.1).

Нами были сформулированы общие *показания и противопоказания* для направления на танцевальную психотерапию, ее цели и режим работы. *Показания*: депрессивные, дефицитарные и неврозоподобные расстройства. *Противопоказания*: 1. Больные с достаточно выраженным симптомом, у которых танец может вызвать какие-то осложнения. 2. Подострые состояния с тенденциями отреагирования аффектов, трудностями контроля поведения. 3. Аффективные больные с суицидными тенденциями (необходимо внимательное отношение к соматическому состоянию со стороны врача). 4. Больные, находящиеся на фармакотерапии, которая может препятствовать двигательной активности. *Цели танцевальной психотерапии*: расширение и улучшение ком-

муникативных навыков; преодоление страха, связанного с тесным взаимодействием в группе; укрепление всех навыков социального взаимодействия, которые сформированы, но заблокированы; совершенствование навыков активного выражения чувств, в том числе негативных; улучшение владения своим телом; стимуляция активного проигрывания в действии своих чувств; получение опыта работы с телесно выраженными эмоциями; улучшение функций самоконтроля над ситуацией и над собой.

Проведение танцевальной психотерапии в стационаре возможно в краткосрочной форме (10–12 сессий) от 2 до 5 раз в неделю при длительности сессии 1,5–2 часа. Танцевальная психотерапия может проводиться в групповой и индивидуальной формах. На наш взгляд, наиболее предпочтительно сочетание групповой и индивидуальных форм танцевальной психотерапии. Это позволяет глубже проработать невротические конфликты пациентов (истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический) и достигнуть положительной динамики в лечении. Танцевальная психотерапия больных с невротическими расстройствами ориентирована на коррекцию дезадаптивных форм поведения. Применение танцевальной психотерапии снижает уровень тревоги и актуальности фобий, повышает адаптивные способности и социальную состоятельность больных в более короткие сроки и может быть рекомендовано для терапии невротических расстройств в широкой практике.

Применение метода серийных рисунков и рассказов в практике детского психотерапевта

О.В. Пирогова

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

Сближение и синтез клинической психодиагностики и психотерапии привел к созданию метода серийных рисунков и рассказов, автором которого является И.М. Никольская.

Этот метод одновременно позволяет решать задачи психологического исследования и оказания психологической помощи в конкретной ситуации обращения ребенка с родителями к психологу и психотерапевту. Он был разработан для диагностики и коррекции внутреннего мира детей от 7 до 13 лет. Использование этой процедуры облегчает контакт между специалистом и ребенком, делает зримыми для взрослых значимые проблемы детей и их ресурсы, выявляет процессы адаптации к стрессу, дает ребенку опыт самораскрытия и помогает формированию самосознания, создает условия для отреагирования психотравмирующих переживаний, формирует опыт взаимодействия со специалистом.

Как диагностическую процедуру метод серийных рисунков и рассказов можно отнести к классу проективных методик. Здесь анализу подвергаются результаты самовыражения или творческой деятельности испытуемого. Это позволяет исследователю войти в систему не декларируемых, а действительно жизненно важных обстоятельств и состояний внутреннего мира пациента.

Метод И.М. Никольской можно определить как арт-терапевтическую технологию, поскольку рисование и сочинение историй — широко известные методы лечения искусством и творческим самовыражением. Невербальное поведение легче ускользает от цензуры сознания.

Теоретической основой метода серийных рисунков и рассказов является психодинамический подход в психотерапии, который сочетается с элементами суггестивного, нарративного (конструктивистского) и семейного подходов.

В течение одного сеанса ребенку предлагается создать серию проективных рисунков на заданные темы, составить в диалоге с психотерапевтом устные или письменные рассказы о том, что на рисунках изображено. Темы для рисования задаются специалистом: «Мой автопортрет в полный рост», «Моя семья», «Семейная социограмма», «Если бы у меня была волшебная палочка, то я бы превратился...», «Сон, который меня взволновал», «Я об этом не хочу вспоминать», «Я боюсь», «Я довольный», «Мне 25 лет, я взрослый, работаю на своей работе».

Метод серийных рисунков и рассказов по И.М.Никольской является хорошим средством установления терапевтического контакта с ребенком, позволяет преодолеть протестные реакции при отказе от общения с врачом. Благодаря этому методу удастся понять наиболее значимые проблемы ребенка, увидеть реальные взаимоотношения в семье, определить трудности в межличностном взаимодействии и начать психокоррекционную работу.

Онтогенетические основы самоповреждающего поведения

Н.А. Польская

г. Саратов, Россия

Самоповреждающее поведение объединяет действия, направленные на повреждение индивидом тканей собственного тела. Подобные действия нередко являются привычными, имеют ритуализированный либо стереотипный характер. Широкая представленность фактов самоповреждения, как в картине невротических, органических или психотических расстройств, так и в поведении психически здоровых индивидов, позволяет предположить наличие общей основы — онтогенетически ранних поведенческих актов, которые трансформируются в модель самоповреждающего поведения. Речь идет о ритмическом поведении, являющемся частью двигательной активности младенца и представляющем собой повторение одних и тех же действий в определенной последовательности. Ритмическое поведение — одна из первичных форм организации активности — находится в прямой зависимости от психофизической организации человеческого организма.

В клинической практике повторяющиеся по фиксированной схеме движения определяются как стереотипные. По оценкам специалистов, стереотипные двигательные акты самоповреждающего характера (например, удары головой) отмечаются примерно у 15% нормально раз-

вивающихся детей (между 9-м и 18-м месяцами жизни). Онтогенетический смысл подобных стереотипий, по замечанию R.S. Lougie, заключается в получении ребенком нового опыта движения. Однако впоследствии этот первичный смысл заменяется вторичным смыслом — снятием напряжения за счет выражения эмоций. Первичные стереотипные движения трансформируются во вторичные, которые определяются задачами сознательного использования собственного тела.

Подобная трансформация происходит в ходе развития психического аппарата, обуславливающего включенность ритмического поведения в сложные формы поведения. С одной стороны, ритмическое поведение сохраняется в качестве архаичной матрицы элементарных поведенческих актов, с другой стороны, эти акты приобретают особое значение — символическое. Именно через развитие символической функции психического самоповреждающее поведение приобретает целый ряд значений, связанных в первую очередь с аффективной регуляцией и самосознанием индивида.

Таким образом, онтогенетической основной самоповреждений выступает ритмическое поведение, которое проявляется как в простейшей форме биологически обусловленных реакций, так и в сложной и более онтогенетически поздней форме символического поведения. Например, самоповреждения при умственной отсталости импульсивны, связаны с непосредственным восприятием и лишены символического значения. Они представляют собой простейшие двигательные реакции и вписываются в схему архаичного ритмического поведения, характерного для живых организмов. Самоповреждения при невротических нарушениях, напротив, представляют собой символический акт, в рамках которого природный характер ритмического поведения проходит своеобразное перекодирование, в результате чего самоповреждающее поведение становится планируемым и регулируемым высшими психическими функциями.

Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант № 10-06-00511а).

Панические расстройства в амбулаторной кардиологической практике

Е.О. Полякова, Б.Д. Цыганков, Е.Б. Кадушина, Л.В. Трайбер
*НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава,
НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ, Москва, Россия*

Расстройства тревожного спектра являются одними из наиболее распространенных психопатологических нарушений у кардиологических больных. Симптомы тревоги существенно осложняют течение сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ). Цель настоящего исследования состояла в установлении психосоматических соотношений панических расстройств и ССЗ. В исследование включались больные с верифицированной сердечно-сосудистой патологией не моложе 18 и не старше 65 лет, состояние которых отвечало диагностическим критериям МКБ-10 для панического расстройства. Выборка была сформирована из числа амбулаторных пациентов, обратившихся в научно-поликлинические отделения НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН и Института кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ и соцразвития РФ в период с сентября по ноябрь 2010 года. Все пациенты проходили кардиологическое обследование с использованием необходимых клинических, инструментальных и функциональных методов исследования. Больные с предположительными психопатологическими расстройствами и ССЗ были направлены на консультацию к психиатру. Для выявления и оценки панических расстройств применяли клинико-психопатологический, катamnестический и экспериментально-психологический методы обследования (шкалы HADS и Sheehan). За трехмесячный период в исследование включено 66 пациентов с различными формами сердечно-сосудистой патологии и паническим расстройством в возрасте от 23 до 64 лет (средний возраст $43 \pm 4,5$ года). Сердечно-сосудистая патология была представлена нарушениями ритма сердца (25 пациентов), артериальной гипертензией (22), ишемической болезнью сердца (19).

С учетом динамики психосоматических взаимосвязей выделены две группы пациентов. Первую группу составили больные (60,6%), у которых панические атаки предшествовали развитию сердечно-сосудистой патологии. Во второй группе пациентов манифестация панического расстройства была связана с сердечно-сосудистым заболеванием. У пациентов первой группы панические атаки были выявлены как на момент обследования, так и ретроспективно. На начальном этапе формирования панического расстройства такие больные редко обращались к специалистам психоневрологического профиля, чаще обследовались и лечились врачами общей медицинской практики, вызывали «скорую помощь». При выявлении ССЗ панические атаки часто сохранялись, усложняя картину соматического заболевания. При втором варианте психосоматических соотношений факторами, провоцирующими развитие панического расстройства, являлись: сам факт диагностики ССЗ, интервенционное лечение (стентирование, процедура радиочастотной аблации), диагностические исследования (коронароангиография, электрофизиологическое исследование), гипертонические кризы, приступы стенокардии, аритмии. В результате проведенного исследования была подтверждена высокая распространенность панических расстройств у кардиологических больных. Паническое расстройство у больного с ССЗ, пересекаясь с его симптоматикой, усложняет клиническую картину, утяжеляя течение соматического заболевания.

Пограничные психические расстройства тревожного спектра в амбулаторной кардиологической практике

Е.О. Полякова, Б.Д. Цыганков, Л.В. Трайбер,
Е.Б. Кадушина, Г.Р. Иванова

*НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, ГОУ ВПО МГМСУ Росздздрава,
НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ, Москва, Россия*

В последние десятилетия выполнена серия клинико-эпидемиологических исследований, доказывающих высо-

кую распространенность, а также негативное влияние тревожно-депрессивных расстройств на развитие, течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. При этом, как правило, тревога и депрессия рассматриваются в комплексе. Объясняется это высокой коморбидностью тревожных и депрессивных расстройств в кардиологической практике, возможностью predisпозиции одного из синдромов (переход депрессивного синдрома в тревожный, и наоборот, в динамике психопатологического расстройства), а также тем фактом, что структурные компоненты (вегетативная и соматоформная симптоматика) этих психопатологических состояний пересекаются и нередко осложняют разграничение этих психопатологических феноменов. Вместе с тем изучению тревожных расстройств у пациентов с кардиоваскулярной патологией посвящено относительно мало исследований, особенно в сравнении с тем числом работ, в которых освещается проблема депрессии у больных ССЗ. Симптомы тревожных расстройств отмечаются у 24–31% больных ИБС. Проспективные исследования с участием амбулаторных пациентов с ИБС продемонстрировали повышение риска сердечно-сосудистых осложнений на 62% у больных с сочетанием кардиальной патологии и тревожных расстройств после учета таких факторов, как демографические показатели, сопутствующие заболевания, степень тяжести кардиологической патологии, медикаментозной терапии. Длительно существующие тревожные расстройства затрудняют своевременную диагностику сердечно-сосудистой патологии; сомато-вегетативные симптомы тревожного расстройства, пересекаясь с симптоматикой ССЗ, осложняют его клиническую картину; наличие тревожного расстройства снижает приверженность кардиологического больного к лечению.

При появлении первых симптомов тревоги пациенты пытаются самостоятельно купировать их с помощью средств растительного происхождения (валериана, боярышник) и барбитуратсодержащих препаратов (корвалол, валокордин). Далее при преобладании вегетативно-соматических симптомов, имитирующих и амплифицирующих кардиологическую

патологию, пациенты обращаются к врачам общесоматической практики (терапевтам, кардиологам). Препаратами первой линии при лечении тревожных расстройств кардиологами являются бензодиазепиновые транквилизаторы, а также часто применяемый в последние годы отечественный анксиолитик афобазол. Современная психофармакотерапия тревожных расстройств у больных с кардиальной патологией включает широкий спектр психотропных средств. Предпочтительны антидепрессанты с селективными механизмами действия — ингибиторы обратного захвата серотонина (паксил, ципрамил, ципралекс), ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина (венлафаксин). Несмотря на то что врачи общей практики научились лучше распознавать депрессию и тревогу при тщательном сборе анамнеза и преобладании жалоб, связанных с психосоциальными факторами, тем не менее жалобы на изменения в физическом состоянии являются часто основными при депрессии и тревожных расстройствах, что затрудняет диагностику этих психопатологических расстройств. Необходимы подготовка и реализация просветительских научных программ, которые будут способствовать своевременной диагностике и адекватному лечению тревожных расстройств в амбулаторной общесоматической практике.

Модифицированная экзистенциальная психотерапия расстройств адаптации макросоциального генеза

О.В. Потапов, И.Г. Ульянов

Владивостокский государственный медицинский университет, г. Владивосток, Россия

В рамках исследования и лечения социально дезадаптированных групп населения на протяжении 1997–2010 годов нами изучались шахтеры, потерявшие работу ($n = 300$), милиционеры, командированные на полугодичную службу в Чечню ($n = 400$), мигранты ($n = 100$). В качестве ведущего метода коррекции расстройств адаптации

макросоциального генеза (РАМГ), диагностированных у 569 человек (71,1%), использовалась экзистенциальная недвойственная терапия (ЭНТ) — многоуровневая система смысл-ориентированной этиопатогенетической психотерапии, направленная на осознание и опытное освоение человеком сформированных им внутреннего и внешнего пространств, своих потенций и ограничений, в целях достижения хорошего качества жизни, плодотворности и самореализации. Терапия ориентирована на исследование и выражение индивидуального проекта в различных пространствах — *Eigenwelt*, *Mitwelt*, *Welt der Träume*, *Umwelt*, *Universalwelt* [индивидуальном, социальном, виртуальном, биологическом, универсальном] — в их целостности и единстве. Разработаны и описаны цели и задачи, контент, экзистенциалы, процессы, уровни психотерапии и стадии изменений, ведущие методики и их функции, механизмы клинико-психологического действия имажинации, даны алгоритм имажинации, показания и противопоказания, проведено сравнение и исследована совместимость с другими методами психотерапии, оценена эффективность метода. Цель терапии: улучшение качества жизни человека через осознанность переживания и конгруэнтность процесса и результата, способствование развитию и плодотворному проявлению индивидуального в широком контексте (*Eigenwelt*, *Mitwelt*, *Welt der Träume*, *Umwelt*, *Universalwelt*). Является лечебным комплексом, позволяющим последовательно осваивать терапевтические задачи: 1) компенсаторную (ресурсную); 2) саморегуляционную и аналитическую; 3) интегративную (преемственность переживания, осознания и творчества). Контент терапии — единая иерархическая система, обозначаемая как клинико-антропологическая модель (КАМ), включающая хронобиологическую теорию личности, клинико-антропологическую систему анализа, ЭНТ. Теория психопатологии — биопсихосоциальная антропостратегическая: патология рассматривается в биологических, социальных, психологических, экзистенциальных координатах, имеющих динамику в соответствии с интенциями сознания,

определяющими четырехвариантную индивидуальную антропостратегию: развитие (A), зависимая пассивность (L), дефицитарность (D), плодотворность (B). Эффективность метода высокая — $84,4 \pm 7,6\%$ улучшений ($p < 0,0001$).

Случай лечения обсессивно-компульсивного расстройства с использованием семейной психотерапии

С.И. Прищепа, М.Н. Грач

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

Семья обратилась для проведения семейной психотерапии по рекомендации детского психиатра, у которого мальчик Ваня, 11 лет, наблюдался по поводу обсессивно-компульсивного расстройства. Предъявлялись жалобы на то, что мальчику казалось, что какой-либо предмет в его окружении переместился с места на место. При этом он не помнил, он это сделал или другие люди. Появлялся страх по поводу того, что это сделали «темные силы», и мальчик подходил к маме для разъяснения и успокоения. А если мамы не было рядом, то крестил эти предметы и только после этого мог прикоснуться к ним.

До курса психотерапии был проведен курс медикаментозного лечения (сертралин 50 мг утром, эглонил 100 мг на ночь), в ходе которого симптоматика прекращалась, но после прекращения появлялась вновь. В связи с этим было рекомендовано не только медикаментозное, но и психотерапевтическое лечение.

Параллельно со вторым курсом психофармакотерапии проводилась стандартная процедура в рамках системной семейной психотерапии с учетом теории построения системы, реализации трех основных принципов (нейтральности, циркулярности и гипотетичности), соответствующего подбора арсенала диагностических и терапевтических методик. Сессии проходили 1 раз в неделю по 1,5 часа. Было проведено 10 встреч. После достижения контроля

над симптомом занятия проводились еще 3 раза, после чего были прекращены по инициативе психотерапевта (семья выражала желание научиться чему-нибудь еще, «у вас очень интересно»).

На этапе установления контакта мальчик проявил чрезвычайную активность. Его интересовало все и вся. Он перебивал психотерапевта, родителей, бурно реагировал на обстановку в кабинете, рассказывал о том, что ему нравится все страшное. С восхищением рассказывал о фильме «Обитель зла». При этом мама выражала озабоченность состоянием ребенка, отмечалась ее тенденция к гиперопеке, гиперзащите от «психотравмирующих» факторов и отстаиванию позиции о сложности и трудноизлечимости болезни сына. Отец выглядел отгороженным, молчаливым, спокойным, соглашающимся с женой.

Определенной проблемой было выдержать принцип нейтральности, так как Ваня во время сессии прерывал диалог взрослых, выступал со своими комментариями, мог переадресовать заданный вопрос маме. Мама много объясняла, рассказывала о поведении мальчика. Папа выглядел нейтральным, мало заинтересованным в происходящем. Для упорядочивания активности ребенка было применено наказание за нарушение правил, которое обсуждалось с мальчиком, родителями (одно приседание за «не в то время сказанное слово»). Ваня с азартом выполнял его в течение 2–3 встреч (приседал по 120–160 раз за сессию).

Платой за психотерапию для Вани стали ежедневные отжимания по 90 раз. Такой вид платы выбрали родители, учитывая повышенный вес мальчика и определенные трудности на уроках физкультуры. «Это важно для нашей семьи».

Показательным как для диагностики, так и для выбора гипотезы психотерапевтической работы послужило отсутствие мамы на одной из встреч по причине командировки в течение 1,5 недель. На вопрос, обращенный к Ване: «Как ты обсуждал свою мнительность с папой?» — он ответил: «А с ним это бесполезно обсуждать, я справлялся сам».

Папа сетовал на то, что сын не слушается его: не ставит на место портфель, не убирает в своей комнате, постоянные замечания не дают должного эффекта. При изучении особенностей воспитания (обучение, наказание, поощрение, контроль), с учетом наличия «высокой энергии» у мальчика, появилась гипотеза о недостаточности или неэффективности наказания в семейной системе. После домашнего задания — наказывать сына за несоблюдение домашних правил — папа сказал, что наметился сдвиг в лучшую сторону. При нарушении домашних правил мальчик должен был мыть обувь и пол в прихожей. После 3–4 эпизодов портфель и одежда оказались на своих местах. Необходимо заметить, что, несмотря на наказания, мальчик приходил на встречи с интересом.

На следующем этапе родителям было предложено «наказывать» сына следующим образом. Если в течение дня у Вани была «мнительность», и он обсуждал ее с мамой, то должен был выучить среднее стихотворение. Наказание обсуждалось с мальчиком, разъяснялись его цели, необходимость, находился приемлемый способ его осуществления.

Стоит отметить следующий эпизод терапии. Когда после активного диалога с Ваней, он развалился в кресле, его вопросы иссякли. Появилась возможность ввести термины транзактного анализа (психологическая игра, деятельность, близость, треугольник Карпмана и т. д.). Затянулась длинная, нудная для мальчика лекция — он задремал. Когда была высказана мысль о недостатке поощрения в семье, мальчик открыл глаза, оживился и обрадовался. Родители согласились премировать сына за «неделю без мнительности» сладостями на его выбор.

Для получения подтверждения контроля симптома было необходимо сохранять контакт с семьей — последние три встречи заполнялись психодинамическими упражнениями в соответствии с мини-запросами родителей («это хорошо — это плохо», «крокодил», «пум-пум-пум», и т. д.). Они так понравились участникам терапии, что те не хотели прекращать терапию, уже получив собственное осознание проблемы и опыт ее контроля. По окончании терапии мама выдвинула

собственную гипотезу симптома: «Я год назад перестала читать вечером книги сыну, у нас образовался своеобразный провал, видимо эта “мнительность” и заполнила его». За время работы папа научился в большей степени принимать участие в семейных делах, ранее он был отгорожен и большую часть времени в семье проводил за компьютером.

На последней встрече был подведен итог достигнутым изменениям, подтверждены необходимость самостоятельного закрепления эффекта вне терапии и возможность контакта с психотерапевтом при возникновении трудностей.

Катамнез в течение 2 лет свидетельствует об эффективности проведенной терапии.

Эмоциональный компонент в структуре психического состояния пожилого человека

А.А. Раевский

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

Современные демографические тенденции во всем мире связаны с увеличением продолжительности жизни. В настоящее время 10% всей мировой популяции составляют пожилые люди старше 65 лет, а в будущем эта пропорция увеличится до 30%. В настоящее время в социальной сфере нашей страны около 40% составляют люди пенсионного возраста, происходит старение «кадрового потенциала», что обуславливает необходимость разработки новых подходов к оздоровлению и реабилитации, а также к сохранению и поддержке качества их жизни.

Многие исследователи выделяют в психическом статусе геронтопсихиатрических пациентов разнообразные когнитивные, эмоциональные и поведенческие нарушения. Однако при наличии многочисленных работ по исследованию эмоциональных нарушений у больных с органическим заболеванием головного мозга остается не изученным влияние этих эмоциональных нарушений на социальное функционирова-

ние пациентов, в частности, на межличностные взаимоотношения, на уровень социально-психологической адаптации.

Совместно отделением психотерапии и реабилитации и отделением геронтологической психиатрии Института им. В.М. Бехтерева было проведено пилотажное исследование с целью изучения влияния аффективных составляющих психического состояния у пациентов с органическими заболеваниями головного мозга на межперсональные отношения, а также с целью выявления факторов снижения психо-социальной дезадаптации. В исследовании участвовали 10 пациентов Отделения геронтологической психиатрии, а также 10 респондентов (контрольная группа). Всем участникам была предложена исследовательская программа, включающая 8 психодиагностических методик (SCL-90, Опросник Бэка, ИТТ, УСФ, Хайме, ИЖС, Гиссенский личностный тест, Методика незаконченных предложений).

В результате были выявлены особенности психосоциального функционирования пациентов обследуемой клинической группы, которые могут быть основанием для определения мишеней психотерапевтической работы и психологической коррекции: взаимное индуцирование пациентами депрессивным аффектом; рассогласование объективной ситуации и ее субъективного восприятия; аффективно-эгоцентрические переживания больных; недостаточно эффективная работа защитно-компенсаторных механизмов, снижающая уровень социально-психологической адаптации.

Возможности перестройки отношений личности у больных с невротическими расстройствами при лечебных стимуляциях

Т.Н. Резникова, Н.А. Селиверстова

*Институт мозга человека РАН им. Н.П. Бехтеревой,
Санкт-Петербург, Россия*

По определению В.Н. Мясищева (1960), личность рассматривается как система отношений к себе и окружающей

действительности. Степень напряженности этих отношений зачастую предопределяет развитие патологических состояний. Изучение отношений личности и способы их коррекции остаются актуальной проблемой в медицинской психологии. В настоящее время растет интерес к немедикаментозным лечебным стимуляциям в плане психологической коррекции. Среди них представляет интерес метод формирования и активаций искусственных стабильных функциональных связей (АСФС).

Обследована группа больных с неврозом навязчивых состояний с тревожно-фобическим синдромом (31 человек: 6 мужчин и 25 женщин, средний возраст $37,7 \pm 10,8$ года). Исследование личности больных проводилось с использованием комплекса психологических методик, включающих наблюдение, беседу и тесты: ММРІ, Тейлор, рисуночные («я», «моя семья», «мужчина и женщина», «дом, дерево, человек»). В качестве способа психологической коррекции использовался метод формирования и активаций АСФС (10 сеансов активаций) с применением сенсорных импульсных воздействий заданной частоты (фотостимуляций).

Исходно наблюдались психологические нарушения по данным всех психологических тестов, и особенно в системе отношений личности, которые ярко проявлялись в рисуночных тестах.

После воздействия методом АСФС у больных наблюдались гармонизация личностного профиля по методике ММРІ и снижение тревожности по тесту Тейлор. В более ранних работах показаны положительные перестройки функционального состояния головного мозга при АСФС. Наряду с этим менялась система отношений личности к себе и окружающим (без использования психотерапевтических воздействий). По результатам рисуночных тестов наблюдались восстановление образа «Я», изменения в отношении к своей семье и противоположному полу, снижение тревоги, уменьшение агрессивных компонентов, повышение коммуникативных возможностей в социуме.

Воздействие методом АСФС вызывает положительные перестройки не только на психофизиологическом уровне, но

и во внутреннем мире личности больных с невротическими расстройствами. Обсуждаются вопросы интрацентральной регуляции мозга и коррекции системы отношений личности.

Динамика клинико-лингвистических показателей у больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии

М.Б. Ремесло, Н.С. Медведева

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

Динамика речи у больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии характеризуется высокой специфической и неспецифической чувствительностью ряда психолингвистических показателей, а также особенностями семантической организации понятийной структуры, изменяющимися в зависимости от их клинического состояния и динамики выздоровления. Ряд клинико-психологических проявлений (таких, как уровни невротичности, алекситимии, агрессии) отражает изменение невротического состояния у пациента, а также особенности мотивации к проводимой психотерапии.

У больных с невротическими расстройствами после проведенной психотерапии на морфо-синтаксическом уровне отмечено достоверное снижение количества слов, предложений и простых предложений; на лексико-стилистическом уровне — повышение коэффициента глагольности (связанного с активностью, готовностью к действиям), коэффициента личных местоимений, коэффициента связности (отражающего актуализацию пассивного словарного запаса), снижение коэффициента эмболии (прямо пропорционального эмоциональному напряжению); на лексико-грамматическом уровне — достоверно большая частота использования глаголов, чем других частей речи.

При сравнении психолингвистических характеристик речи пациентов с невротическими расстройствами после ле-

чения и здоровых лиц установлено, что коэффициент глагольности достоверно выше в группе больных после лечения. Так же, как и у больных до лечения, выше остаются показатели количества слов, количества предложений, простых предложений, коэффициентов пассивного залога глаголов и эмболии. Другие психолингвистические коэффициенты достоверных различий с группой здоровых не обнаруживают, что свидетельствует об определенной тенденции к нормализации речи больных с неврозами после лечения.

Динамика психолингвистических показателей в группах с различными формами невротических расстройств имеет ряд особенностей, отражающих, в частности, снижение при всех клинических типах неврозов показателей количества слов, предложений, коэффициента эмболии; увеличение размера предложения и снижение показателя местоимений при неврозе навязчивых состояний; уменьшение количества слов и предложений, коэффициента пассивного залога, увеличение коэффициента глагольности при неврастении и истерическом неврозе.

В группах с разными типами мотивации к психотерапии также выявлены особенности динамики психолингвистических показателей. У пациентов с мотивацией на получение вторичной выгоды происходит достоверное уменьшение в речи глаголов и коэффициента глагольности; в группах с мотивацией на инсайт и на изменение поведения — повышение коэффициента словарного разнообразия. Установлены различия психолингвистических характеристик речи в зависимости от результата проведенной психотерапии: при выраженном улучшении и выздоровлении отмечается увеличение коэффициентов связности и словарного разнообразия.

Наиболее выраженные психолингвистические изменения выявлены у пациентов, прошедших индивидуальную или групповую психотерапию в сочетании с биологической терапией, по сравнению с больными, которым проводилась только индивидуальная психотерапия, что может свидетельствовать о большей эффективности комплексных программ лечения в условиях краткосрочного пребывания в стационаре.

Проблемы диагностики невротических расстройств

Д.В. Романов

*Самарский государственный медицинский университет,
г. Самара, Россия*

Размывание понятия «невроз», связанное с расширительным психологическим использованием термина, патоморфоз невротических проявлений, «количественный» характер психопатологии неврозов привели к изъятию рубрики неврозов из действующих классификаторов. В то же время невроз как болезнь остается клинической реальностью, известной как психиатру, так и интернисту.

Феноменологический подход в диагностике ориентируется на так называемые невротические синдромы, обладающие большей или меньшей нозоспецифичностью. Более специфичными при этом являются синдромы конверсионных и обсессивно-компульсивных расстройств. Прагматическая направленность подхода связана с возможностью использования лечебной биологической парадигмы «синдром-мишень».

Понимание невроза как психогенного заболевания предусматривает выявление психической травмы, актуализирующей конфликт установок индивида. Учитывая то обстоятельство, что при неврозах ни травма, ни конфликт не лежат полностью в сознательной плоскости и не могут быть представлены больным психиатру, такой подход требует углубленного изучения личности пациента. Необходимо установить функциональный характер и потенциальную обратимость симптоматики (что не всегда осуществимо), а также взаимосвязь клинической картины и психогении.

Фокусировка на диагностике невротического конфликта составляет часть психотерапевтического подхода, направленного на то, чтобы перевести конфликт в сознание пациента и сделать его более управляемым. В рамках развивающихся трансферентных отношений конфликт неизбеж-

но проявится в отношениях с врачом, что и выступает неоспоримым диагностическим признаком невроза.

Возможности экспериментально-психологического метода диагностики невроза вряд ли следует переоценивать, так как «невротический» патопсихологический симптомокомплекс устанавливается на основании отсутствия значимых нарушений когнитивных процессов и наличия неспецифических феноменов типа тревоги. Прямая проекция невротического конфликта на стимульный материал личностных методик является большой редкостью, поэтому диагностика невротического конфликта остается прерогативой врача.

При диагностике невроза следует решать проблему установления границы «норма–патология», поскольку отдельные невротические симптомы часто встречаются у здоровых. Наряду с количественной оценкой, следует во всех случаях определять степень влияния симптомов на адаптацию и учитывать позицию самого пациента.

Преподавание неврологии в структуре до- и последипломного образования врачей

Д.В. Романов, В.С. Баранов, И.Г. Носачев, С.Н. Стрельник,
И.В. Пудиков, О.З. Хайретдинов, Д.А. Смирнова

*Самарский государственный медицинский университет,
г. Самара, Россия*

Необходимость преподавания неврологии как для психиатров, так и для интернистов, в том числе в структуре внутривузовских программ, представляется чрезвычайно актуальной. Об этом свидетельствует, с одной стороны, распространенность невротических расстройств, с другой — сохранение примитивных и искаженных представлений о неврозах у врачей различных специальностей.

На кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета реализована программа обучения основам неврологии на до- и последипломном этапах под-

готовки врачей. В рамках внутривузовской подготовки студентам лечебного и педиатрического факультетов основы неврологии преподаются в структуре цикла по психиатрии, а более подробно обсуждаются на элективных циклах «Основы психоанализа» (4-й курс), «Психосоматика» и «Сексопатология» (5-й курс), «Психотерапия» (6-й курс). В соответствии со структурой образовательного стандарта по специальности «Клиническая психология» для студентов 3-го курса этого факультета проводится отдельный цикл по неврологии. Вопросы клиники и диагностики неврозов регулярно становятся темами заседаний студенческого научного общества кафедры.

В рамках последипломного образования изучение современных концепций невротических расстройств и подходов к их лечению занимает значительное место в структуре подготовки в клинической ординатуре и интернатуре по психиатрии, первичной подготовки врачей по психотерапии и сертификационных циклах по психиатрии и психотерапии. Вопросы терапии неврозов рассматриваются на циклах тематического усовершенствования для врачей и психологов «Основы клинического психоанализа», «Базовые методы психотерапии и психокоррекции». Особое внимание уделяется освоению психоаналитических и когнитивно-бихевиоральных подходов в понимании и лечении неврозов. Современные представления о неврозах обсуждаются на циклах для врачей-интернистов «Основы психотерапевтического общения».

Предлагаемая образовательная программа позволяет повысить качество подготовки специалистов в области неврологии, улучшить понимание между интернистами и психиатрами, а также направлена на то, чтобы способствовать раннему выявлению больных с неврозами и их своевременному направлению к психиатру.

Клинико-психологическая проблема неврозов в контексте послевузовского и дополнительного образования

С.Н. Романов, Е.Л. Николаев

*Чувашский государственный университет,
г. Чебоксары, Россия*

Представленность расстройств и нарушений невротического спектра в общей структуре психической патологии пограничного уровня в течение многих лет является устойчиво высокой. Это обуславливает необходимость обязательного включения вопросов неврологии в программы не только додипломной, но и постдипломной подготовки специалистов службы психического здоровья. Мультидисциплинарный принцип формирования бригад специалистов при оказании помощи больным с психическими расстройствами, в том числе при невротических расстройствах, предполагает достаточный уровень компетенции в вопросах диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у психиатров, психотерапевтов, наркологов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер и других членов полипрофессиональных бригад.

На сегодняшний день в Чувашии вопросы неврологии включены в программы теоретической и практической подготовки специалистов службы психического здоровья в качестве неотъемлемого компонента. Молодые врачи после окончания медицинского факультета университета детально знакомятся с существующими лечебно-диагностическими подходами в рамках годичной интернатуры или двухгодичной ординатуры по психиатрии на базе действующего Республиканского психотерапевтического центра, ведут прием амбулаторных пациентов с невротическими расстройствами. Здесь же реализуются программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации университета и института усовершенствования врачей по психотерапии, наркологии и клинической (медицинской) психологии, в которых

вопросы неврологии занимают весомую часть. Включение основ диагностики, лечения и профилактики невротических расстройств в программу профессиональной переподготовки врачей общей (семейной) практики позволяет повысить уровень их общей клинико-психологической и психотерапевтической компетентности, заложить фундамент эффективного взаимодействия со службой психического здоровья.

Неврозы как междисциплинарная проблема являются предметом научных изысканий аспирантов и соискателей по медицинским и психологическим наукам в Чувашии. Недавние защищенные диссертации значительно дополняют имеющиеся представления о невротических расстройствах не только как о клиническом, но и психологическом и социокультурном феномене.

**Влияние работы в арт-терапевтической группе
на эмоциональное состояние больных
с невротическими расстройствами в условиях
специализированного психиатрического отделения**

В.Г. Рюмин

*Краевая клиническая психиатрическая больница,
г. Пермь, Россия*

Была поставлена задача изучить эмоциональное состояние единой группы больных с невротическими расстройствами и больных с первым эпизодом шизофрении в процессе арт-терапии. Она проводилась под руководством опытного психотерапевта-клинициста. В консолидированную группу пациенты направлялись после 1–2 мотивированных собеседований с учетом стадии лечебного процесса. По составу количество лиц с невротическими расстройствами было равно количеству больных шизофренией. Последние направлялись в группу после ликвидации острых психотических проявлений. У больных с невротическими расстройствами занятия в арт-терапевтической группе дополнительно сочетались с индивидуальной патогенетической

реконструктивной психотерапией. У тех и других арт-терапия чередовалась с сеансами релаксационной визуализации с оригинальным текстом автора психотерапии.

Эмоциональное состояние больных мы отслеживали по невербальным обратным связям, которые давались участниками группы при помощи цветowych карточек, символизирующих их настроение: тревогу, спокойствие, хорошее и отличное настроение. В программу арт-терапии нами включены тематическое рисование (в том числе и впечатлений, навеянных музыкой), а также вокалотерапия, «исцеляющее пение» по В.Г. Рюмину.

При анализе арт-психотерапевтической деятельности в группе выявилось влияние пациентов с невротическими расстройствами на более активное стимулирование творчества больных с психозами. Оно втягивало их в работу и быстрее для обеих групп создавало «эмоционально-безопасное арт-терапевтическое пространство». Эти взаимовлияния, на наш взгляд, показывают специфическую динамику реагирования у них механизмов психической защиты.

Психотерапия психических расстройств

Ю.С. Садкова

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

В современном лечении психических расстройств большое место уделяется психотерапии. Шизофрения — одна из социально-значимых болезней, существенно снижающих качество жизни. В отличие от многих других заболеваний, пациенты, находясь даже в длительной ремиссии, испытывают выраженный дискомфорт при самообслуживании, установлении социальных контактов, передвижении, планировании деятельности, профессиональных и семейных взаимоотношениях. Особую значимость приобретает профилактика обострений психических заболеваний.

Основные задачи психотерапии при шизофрении — предотвращение аутизации и изоляции больных в обществе; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни, более лояльного отношения к биологическим методам лечения и научение способам профилактики обострений.

Наиболее эффективным способом профилактики рецидивов на сегодняшний день признана фармакотерапия. Однако поддерживающая терапия лекарственными препаратами встречает сопротивление у душевнобольных. Именно в связи с этим существуют образовательные программы для пациентов, страдающих психическими расстройствами, способствующие пополнению знаний об их заболевании, повышению компетентности ближайшего окружения, формированию активного отношения заболевшего к собственному лечению. Большое значение для непрерывной терапии имеет позиция семьи или родственников, с которыми проживает больной.

В Кировской областной клинической психиатрической больнице им. В.М. Бехтерева на базе диспансерного психиатрического отделения с 2001 года функционирует психотерапевтическая группа для пациентов, перенесших психоз. Помощь оказывается полипрофессиональной бригадой. За это время помощь получили около 300 пациентов и их родственников. Эффективна как групповая, так и индивидуальная форма психообразовательной работы с пациентами и их родственниками.

Индивидуально пациенты в безопасной обстановке делятся своими переживаниями, получают эмоциональную поддержку, стимуляцию, разъяснение и определенный объем информации относительно своего состояния и заболевания.

В группе они обмениваются личным опытом эффективных копинг-стратегий. Например, больной С. рассказал о прослушивании музыки через наушники во время прогулок. Это отвлекает его от подозрений, что окружающие

смотрят на него и говорят о нем. Причем этот прием совладания был подсказан ему другим пациентом, страдающим галлюцинозом. Больной К. рассказал, как увлечение рисованием и участие в выставках помогает ему отвлечься от болезненной симптоматики и почувствовать свою социальную значимость.

Для больного шизофренией вопросы преодоления своего заболевания и обладание навыками совладания являются необходимыми для физического и социального выживания. Пошаговое обучение пациента и его родственников эффективным копинг-стратегиям и формирование реального взгляда на болезнь и способы ее преодоления наряду с эффективной фармакотерапией способствуют более качественной ремиссии заболевания.

Мотивационная структура у больных с невротическими расстройствами

Д.М. Сарайкин

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

Важность изучения мотивационной структуры как динамической основы характера в клинике пограничных нервно-психических расстройств очевидна. Мотивационная сфера является наиболее глубокой, определяющей внутриличностную и межличностную динамику больного. Психодинамическая патогенетическая психотерапия должна быть нацелена именно на сферу мотивов. Проведенные на отделении неврозов и психотерапии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева комплексные клинико-психологические, экспериментально-психологические и статистические исследования позволили выявить специфические характеристики мотивационной структуры, типичные для невротического уровня. В группе невротических расстройств обладание мотивационным объектом не исключает альтруистический контакт и базируется на личностной автономии. Потеря кон-

троля над собой во взаимоотношениях с объектом затрудняет эмпатический контакт с ним и приводит к попыткам выстраивать жесткие границы, не принимая во внимание все аспекты отношений. Близкие и интимные отношения с объектом воспринимаются как относительно безопасные и обогащающие идентичность. Ради обладания мотивационным объектом больные, в массе своей, заботятся о собственной социально-экономической стабильности, несут ответственность за эти отношения. Выраженных желаний использовать объект или манипулировать им не предполагается. Желание подчинить объект скорее присутствует в фантазиях, чем в действии. Испытывая и психический, и соматический дискомфорт, признавая временное снижение собственной эффективности и слабость, больные стараются поддерживать свои отношения с объектом влечения, обладают большей степенью свободы при выборе объекта. Способность критически оценивать свой вклад в отношения с объектом развита на достаточно высоком уровне. Уровень уверенности в собственном «Я» позволяет этим больным не испытывать сильных страхов поглощения объектом во время близости, выстраивать гибкие границы между собой и объектом. Общее качество жизни больного определяется не только наличием симптомов, но и близким окружением; их недомогание в значительной степени компенсируется социальными отношениями. Части «Я», нагруженные ипохондрическими тенденциями, не отщепляются, а дополняют образ «Я». Психическое напряжение является, по сути, переносимым переживанием, не угрожающим дезинтеграцией. Психологический комфорт зависит от реальности поставленных больным целей; дискомфорт вызывается по причине личностной пассивности и усиливается по мере увеличения числа нереалистичных фантазий. Испытывая общий дискомфорт, больные стремятся отрефлексировать психический компонент тревоги, анализируя образ своего «Я», те личностные особенности, которые потенциально могли бы привести к причиняющему страдания конфликту. Способность оценивать именно степень психического дискомфорта

та, выделяя ее из общего «плохого состояния», сохранена. Выделен ряд критериев для сравнительного анализа мотивационной структуры при невротических и личностных расстройствах острого и затяжного течения, разработана типология мотивационных сценариев.

Конверсионные расстройства и данные МРТ головного мозга (имеют ли конверсии органический субстрат?)

Н.Ю. Сафонова

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

По данным иностранных исследователей, при проведении функциональной нейровизуализации (позитронно-эмиссионная томография и др.) у больных с конверсионными расстройствами выявляется активация лимбической системы, префронтальной коры, особенно при моторных нарушениях, то есть возможен и определенный органический субстрат этих расстройств. Во многих работах отмечается необходимость дальнейших тщательных исследований.

Нами были обследованы 25 больных в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст $42,18 \pm 10,42$ года) с конверсионным синдромом, из них 23 женщины и 2 мужчин (92% и 8% соответственно). Все пациенты были консультированы неврологом, психологом, психиатром, проведены объективные исследования (МРТ головного мозга, ТКДГ, ЭЭГ, лабораторно-психологическое исследование).

При проведении МРТ головного мозга только в одном случае выявлено наличие лакунарного очага в веществе головного мозга (лобная доля), а у 11 человек (44%) зафиксировано расширение борозд субарахноидального пространства. По данным ТКДГ только у 3 пациентов (12%) выявлены какие-либо патологические изменения. ЭЭГ у 13 пациентов (52%) выявила диффузные изменения, у 7 (28%) — пароксизмальное нарушение, у 2 (8%) — локальные изменения.

Таким образом, у данной категории больных выявлялись преимущественно атрофические изменения головного мозга, более характерными, однако, были нарушения биоэлектрической активности головного мозга, что, вероятно, отражает более лабильный уровень поражения головного мозга. Однако нельзя не отметить наличие незначительных изменений вещества мозга при данной патологии.

Особенности неврозоподобных расстройств у больных пожилого возраста с цереброваскулярной болезнью

Н.Ю. Сафонова, Н.В. Семенова

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

Цель работы: уточнить особенности невротических нарушений и их влияние на течение соматической патологии у пожилых больных.

Материалы и методы. Были обследованы 430 больных с диагнозом цереброваскулярная болезнь. Всем пациентам были проведены МРТ головного мозга, ТКГД, ЭЭГ, ЭКГ, а также консультации специалистов — невролога, психиатра, психолога.

Результаты. По данным психиатра неврозоподобные расстройства были выявлены у 14 больных (3,3%) в возрасте от 47 до 77 лет (средний возраст составил $62,4 \pm 9,3$ года), среди них 7 мужчин и 7 женщин. Депрессивные расстройства в виде астено-депрессивного и тревожно-депрессивного синдрома обнаружены у 72 пациентов (16,7%) также в возрасте от 47 до 77 лет (средний возраст составил $64,4 \pm 5,6$ года), среди них 25 мужчин и 47 женщин. У 10 пациентов (71%) с неврозоподобными расстройствами в анамнезе ОНМК, в том числе у 9 — повторные (максимально — 3), при депрессивном синдроме ОНМК в анамнезе — у 30 (41%), причем у 20 — однократный острый сосудистый эпизод. В группе неврозоподобных расстройств двигательные нарушения (в виде глубокого пареза) были выявлены у

только 3 больных (21%), у 4 пациентов (28%) — нарушения координации, у остальных — неврологической симптоматики не отмечено. При депрессивных нарушениях изменения неврологического статуса были обнаружены у 52 больных, из них у 23 (32%) — те или иные двигательные расстройства, а у 29 (40,2%) — изменения в координаторной сфере. По данным МРТ головного мозга при неврозоподобных изменениях обнаруживается единичный очаг, преимущественно стволовой локализации, а при депрессивных расстройствах — у большинства выявляются множественные мелкие очаги. У пациентов обеих групп при этом отмечается церебральная атрофия легкой либо умеренной степени выраженности.

При неврозоподобных изменениях у пожилых больных имеется несоответствие между наличием повторных ОНМК и отсутствием соответствующих нарушений в неврологическом статусе и МР-очагов. Депрессивный синдром чаще встречается у женщин, имеются более выраженные неврологические расстройства и МР-изменения при отсутствии повторных эпизодов ОНМК. Привлечение к терапевтическому процессу психолога позволит более дифференцировано проводить реабилитационный процесс при лечении последствий ОНМК и вторичной профилактики.

Клинико-психологические особенности дифференциальной диагностики конверсионных синдромов и органических поражений головного мозга

Н.Ю. Сафонова, Л.И. Ситник, Л.В. Лукина

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

Нами были обследованы 50 пациентов, из которых первую группу составили 25 человек с диагнозом «конверсионный синдром» в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст $42,18 \pm 10,42$ года) и 25 пациентов с различными органическими заболеваниями головного мозга в возрасте от 48 до 77

лет (средний возраст $62,57 \pm 9,66$ года). Всем больным было проведено инструментальное исследование (МРТ головного мозга, ЭЭГ, ТКДГ), все пациенты обследованы неврологом, психиатром и психологом. В неврологическом статусе у большинства больных, как с органическим поражением головного мозга, так и с конверсиями, выявлены различные нарушения, в том числе парезы различной степени выраженности, расстройства координации и чувствительности. При сходстве неврологических синдромов в двух группах, у пациентов с конверсиями по данным МРТ в большинстве случаев отсутствуют признаки грубого органического поражения головного мозга, данные дополнительных обследований (ТКДГ, ЭЭГ) также не подтверждают наличия выраженной органической патологии. Отмечено одновременное большое количество жалоб неспецифического характера (головокружения, головные боли, общая слабость, плохой сон, снижение аппетита и настроения и т. д.) при отсутствии объективных данных о каком-либо органическом поражении головного мозга. Данные психолого-психиатрического обследования отражали повышение показателей по следующим шкалам ММРІ: 1 (Hs) — (ипохондрии), 3 (Hu) — (истерии), 7 (Pt) — (тревожности), 8 (Sc) — (индивидуальности), 9 (Ma) — (гипомании). Оценка памяти, внимания, мышления, психической продуктивности, коэффициента работоспособности не выявляли выраженной патологии. Достоверные различия отмечены по показателям коэффициента работоспособности ($p = 0,000$, $t = 7,68$) и по количеству ошибок в тесте Бентона ($p = 0,003$, $t = -3,10$), у пациентов с органической патологией головного мозга ниже оба показателя. Динамическое исследование показателей психологических тестов отражало их неустойчивость и колебания. Конверсионные синдромы чаще выявлялись у женщин молодого и среднего возраста, причем в большинстве случаев имеющих среднее образование.

Так как пациенты с конверсиями имеют относительно сохраненные показатели основных психических процессов, с относительно неизменными данными объективных обследований, при наличии выраженных расстройств личностной и

эмоциональной сферы необходимо комплексное обследование с привлечением психолога и проведением инструментальных исследований, таких как МРТ головного мозга и т. д.

Невротические расстройства при беременности

Е.А. Сахаров

*Казанский государственный медицинский университет,
г. Казань, Россия*

Несмотря на относительную давность проведенного исследования (Сахаров Е.А., 1991, 2006), распространенность нервно-психических расстройств, возникающих у женщин в период беременности, практически не изменилась, что позволяет считать эту тематику довольно актуальной и на сегодняшний день.

Целью исследования являлось изучение и описание клинических вариантов и динамики пограничных нервно-психических расстройств, возникающих у женщин в период беременности.

Связь вышеуказанных нарушений с беременностью устанавливалась на основании следующих критериев: 1. Временная связь появления психопатологической симптоматики вслед за наступлением беременности. 2. Взаимосвязь собственно психических расстройств с вегетативными и соматическими дисфункциями гестационного генеза. 3. Повышенная значимость психологического аспекта беременности для становления клинической картины заболевания.

Для достижения поставленной цели было проведено сплошное исследование 600 беременных на базе женской консультации № 2 г. Казани и дома отдыха для беременных при санатории «Казанский». На основании исследования было выявлено три группы обследованных: в первую группу вошли беременные с выявленными у них пограничными психическими расстройствами (174 человек), вторую группу составили беременные, находившиеся в состоянии пролонгированного эмоционального напряжения (128 человек), и третья группа

была представлена здоровыми в психическом отношении беременными (298 человек), из которых были отобраны 166 человек, составивших контрольную группу. Основными методами исследования стали клинико-психопатологический и экспериментально-психологический с использованием квантифицированной карты, разработанные на основе методических рекомендаций Всесоюзного методического центра пограничной психиатрии (Александровский Ю.А., Собчик Л.Н., 1985).

В результате проведенных исследований выявилось, что распространенность пограничных психических расстройств при беременности оказалась довольно высокой и составила 29%. Пограничные психические расстройства, развивающиеся у женщин в период беременности, представлены основными формами невротических, неврозоподобных расстройств органической и соматической природы, а также расстройств личности (психопатии). Сюда же относятся собственно гестационные невротические реакции, при которых беременность выступает как психогения.

Возможность развития пограничных психических расстройств при беременности в значительной степени определяется наличием в преморбиде у пациенток акцентуации характера преимущественно сенситивного типа в сочетании с гинекологической отягощенностью. Системная семейная психотерапия представляет оптимальный вариант лечения данных расстройств, во многих случаях являясь патогенетической, и позволяет добиться стойкого терапевтического эффекта.

**Комплексная терапия невротических расстройств
в негосударственном учреждении здравоохранения
«Научно-практический центр «Психотерапия»»**

В.Н. Сгибов

Научно-практический центр «Психотерапия», г. Пенза, Россия

Сегодня большое значение имеет психотерапия, осуществляемая частнопрактикующими специалистами и пси-

хотерапевтическими центрами, организованными вне государственной системы здравоохранения.

В 2001 году был открыт Пензенский научно-практический центр «Психотерапия». В его организации и подготовке научно-методических программ принимали участие сотрудники ФНМЦ по психотерапии и медицинской психологии и РПА.

В настоящее время Научно-практический центр «Психотерапия» — это многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее научную, медицинскую и образовательную деятельность.

В центре работают медицинские психологи, врачи-психотерапевты, психиатры, психиатр-нарколог, невролог, логопед, сексолог, а также представители традиционной народной медицины: рефлексотерапевт, фитотерапевт, специалисты по медицинскому массажу и ЛФК.

Ведущим подходом в диагностике и лечении невротических расстройств в центре является клиническая психотерапия, которая проводится во внебольничных условиях.

В центре «Психотерапия» используется полипрофессиональный бригадный метод лечения больных с пограничными нервно-психическими заболеваниями. Во главе бригады специалистов стоит опытный врач-психотерапевт, который составляет индивидуальные лечебно-реабилитационные программы каждому пациенту и координирует работу бригады.

Предложен принцип дифференцированного, поэтапного, комплексного подхода к лечению больных с пограничными нервно-психическими расстройствами (Сгибов В.Н., 2001).

Лечение сочетает в себе дифференцированность и комплексность с направленностью на индивидуальные случаи заболеваний, представленное сочетанием трех терапевтических методов — биологического, психологического и социального.

При этом основное внимание психотерапевта концентрируется на изучении и перестройке личности больного, его системы ценностей, взаимоотношений с внешним миром, восстановлении полноценности его социального функциони-

рования, прочие же элементы комплексного лечения служат интенсификации и углублению этой основной задачи.

Разработка индивидуальных лечебно-реабилитационных программ позволила осуществлять комплексность лечебных воздействий и их этапность уже при первичном обращении пациента.

Сотрудничество врачей смежных специальностей значительно повышает эффективность лечения и сокращает его сроки.

Таким образом, при лечении невротических расстройств в Научно-практическом центре «Психотерапия» для пациента создается так называемое «психотерапевтическое поле», при наличии которого он включается в широкую сеть системно-организационных, взаимосвязанных между собой мероприятий, реализуемых в бригадном взаимодействии врачей-психотерапевтов, медицинских психологов и специалистов традиционной народной медицины.

Основные эпидемиологические показатели невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у населения Ленинградской области в 2000–2009 годах

Н.В. Семенова

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

Цель: анализ динамики распространенности и первичной заболеваемости невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40–F48) у населения Ленинградской области в 2000–2009 годах в сравнении с общероссийскими показателями.

Материалы и методы. Проанализированы данные о количестве зарегистрированных (в том числе впервые в жизни) невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40–F48) из отчетных форм «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами» (форма

№ 10) Ленинградского областного психоневрологического диспансера за 2000–2009 годы. Применялись клинико-эпидемиологический и статистический методы исследования. При расчете показателей распространенности и первичной заболеваемости использовались официальные данные о численности населения Ленинградской области, предоставленные Ленинградским областным бюро медицинской статистики, без учета ведомственного населения.

Результаты. Общее количество зарегистрированных в течение года случаев невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40–F48) у населения Ленинградской области увеличилось за 10 лет почти вдвое (на 85%) — с 3677 человек в 2000 году до 6788 в 2009-м. Доля этой диагностической группы в общем контингенте больных психическими расстройствами и расстройствами поведения увеличилась за десять лет с 10,6% до 15,5%. В расчете на численность населения, показатель распространенности невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств увеличился с 2000 по 2009 год на 85% — с 228 до 423 случаев на 100 тысяч населения.

Эти данные показывают, что в Ленинградской области наблюдается рост числа больных, страдающих невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Однако, общая заболеваемость расстройствами этой диагностической группы населения Российской Федерации в целом имеет обратную динамику: здесь отмечается постепенное снижение показателей распространенности. Так, если в начале XXI века областной показатель отставал от общероссийского (379 случаев на 100 тысяч населения) на 40%, то к концу 2008 года распространенность невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в Ленинградской области уже на 13% превышает общероссийский уровень (376 на 100 тысяч населения).

Первичная заболеваемость населения исследуемого региона невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами увеличилась с 993 случаев в 2000

году до 1325 в 2009-м, или на 33%. В структуре первичной заболеваемости всеми психическими расстройствами доля невротических нарушений за 10 лет увеличилась незначительно — с 23,8% до 25,4%, и составляет существенную часть — примерно четверть случаев всех впервые выявленных психических нарушений. В расчете на численность населения показатель первичной заболеваемости увеличился за 10 лет с 62 до 83 случаев на 100 тысяч населения, или на 34%.

В сравнении с общероссийскими показателями (97 случаев на 100 тысяч населения в 2000 г. и 82 — в 2008 г.) уровень первичной заболеваемости населения в Ленинградской области в 2000 году отставал от федерального на 36%, а к концу 2008 года сравнялся с ним и даже незначительно (на 1%) его превысил.

Выводы. За исследуемый период в Ленинградской области распространенность невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40–F48) у населения увеличилась почти вдвое, а первичная заболеваемость — на треть. Динамика этих показателей противоречит общероссийской тенденции к их медленному, но неуклонному снижению, и если значения первичной заболеваемости в Ленинградской области в последние годы соответствуют федеральным показателям, то показатель распространенности в области оказывается на 13% выше общероссийского уровня.

Возрастная и гендерная структура распространенности невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у населения Ленинградской области в 2000–2009 годах

Н.В. Семенова, А.С. Киселев

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

В 2000 году в Ленинградской области было зарегистрировано 3677 больных невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40–F48), что

в расчете на численность населения составило 228 случаев на 100 тысяч населения. К 2009 году этот показатель увеличился на 85% и составил 6788 человек, или 423 случая на 100 тысяч населения.

Среди зарегистрированных больных наблюдается стабильное (52-61%) преобладание женщин (2001 человек в 2000 г. и 3824 — в 2009 г.) над мужчинами (1676 человек в 2000 г. и 2964 — в 2009 г.). При этом в группе женщин прирост общей заболеваемости за 10 лет составил 91%, а в группе мужчин несколько меньше — 77%.

Возрастная структура заболеваемости этими психическими расстройствами за 10 лет изменилась следующим образом. В группе детей до 14 лет наблюдается значительное снижение показателя распространенности — с 543 до 310 случаев в абсолютных значениях (на 43%), или с 298 до 158 больных на 100 тысяч детского населения (на 47%). Доля детей в общей когорте больных невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами уменьшилась с 12% до 4,5%.

В группе подростков 15–17 лет распространенность в абсолютных значениях снизилась на 4% — с 241 до 231 человек. Однако в связи с тем, что в Ленинградской области в последнее десятилетие количество подростков уменьшилось на треть (с 83 до 57 тысяч), показатель общей заболеваемости в расчете на численность населения, наоборот, увеличился на 39% — с 291 до 405 случаев на 100 тысяч подросткового населения. Доля подростков в общей когорте больных невротическими расстройствами, тем не менее, снизилась с 6,5% до 3,5%.

Доля взрослых в когорте больных невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, преобладала на протяжении исследуемого периода и постепенно возрастала с 83,5% до 92% к концу десятилетия. Количество зарегистрированных взрослых больных увеличилось вдвое — с 3120 до 6247 человек. В расчете на численность населения показатель распространенности вырос также в два раза — с 232 до 462 случаев на 100 тысяч взрослого населения.

Если в начале XXI века распространенность невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств преобладала в группе детей и подростков (на 28% и 25% соответственно выше, чем в группе взрослых), то к концу первого десятилетия у взрослых эти расстройства регистрируются втрое чаще, чем у детей, и на 12% больше, чем у подростков.

Анализ первичной заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами населения Ленинградской области в 2000–2009 годах

Н.В. Семенова, И.В. Лупинов

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Ленинградский областной психоневрологический диспансер, Россия

В 2000 году в Ленинградской области с диагнозом, установленным впервые в жизни, было зарегистрировано 993 больных невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40–F48), что в расчете на численность населения составило 62 случая на 100 тысяч населения. К 2009 году этот показатель увеличился на 33% и составил 1325 человек, или 83 случая на 100 тысяч населения.

В структуре первичной заболеваемости в период с 2000 до 2005 года наблюдалось преобладание женщин (51–65%) над мужчинами, а начиная с 2006 года, наоборот, превалировали мужчины (51–55%). Первичная заболеваемость среди женщин увеличивалась с 639 случаев в 2000 году до 836 в 2005-м, а затем к 2009 году постепенно снизилась до 596 человек. Суммарное снижение первичной заболеваемости среди женщин за 10 лет составило 6,7%. В группе мужчин первичная заболеваемость практически монотонно прогрессировала и увеличилась за 10 лет вдвое — с 354 случаев в 2000 году до 729 в 2009-м.

На долю детей и подростков в структуре первичной заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и со-

матоформными расстройствами приходилось не более 10–15% случаев, а остальные 85–90% составляли взрослые. В группе взрослого населения наблюдается снижение количества лиц молодого возраста (18–19 лет) с впервые выявленными невротическими расстройствами с 8% до 3% и увеличение доли лиц пожилого возраста (старше 60 лет) с 0,2% до 9%. В 2000–2001 годах наиболее часто невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства диагностировались в возрастной группе 20–39 лет (45–48%) и несколько реже — у лиц в возрасте 40–59 лет (40–43%). В дальнейшем указанные расстройства стали преобладать у людей более старшей возрастной группы (40–59 лет) и к концу десятилетия составили 50–60%, а в группе лиц 20–39 лет, наоборот, уменьшились до 35–37%.

Треть от общего числа больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, составили сельские жители, а две трети — городские. Первичная заболеваемость сельских жителей невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами увеличилась за 10 лет с 38 до 54 человек на 100 тысяч сельского населения (на 42%). У городских жителей первичная заболеваемость увеличилась с 71 до 95 человек на 100 тысяч городского населения (на 34%). То, что уровень первичной заболеваемости среди сельских жителей почти вдвое ниже, чем у городских, свидетельствует, скорее всего не о меньшей подверженности жителей сельских районов невротическим расстройствам, а о меньшей обращаемости населения и худшей выявляемости этой патологии в условиях сельского здравоохранения.

Психологические особенности адаптации к беременности

Т.В. Скрицкая

*Новосибирский городской перинатальный центр,
г. Новосибирск, Россия*

Современные условия жизни в крупном российском городе предъявляют особые требования к адаптационным

возможностям населения. Высокий темп жизни и профессиональный стресс оказывают существенное влияние на показатели здоровья. Особенно ощутима специфика жизни в крупном городе в период планирования рождения ребенка, во время беременности и после родов.

Б.Д. Карвасарский (1980) указывает, что возраст, условия труда и быта, вредные привычки и характер взаимоотношений партнеров являются значимыми психосоциальными факторами, которые могут отрицательно влиять на процесс беременности.

По мнению Е.А. Волкова, Н.В. Рымашевского (1996), встречаются разные типы реагирования на беременность: от отсутствия каких-либо психологических проблем (18%) до невротического развития личности (82%), в формировании которого важную роль играют индивидуальные особенности личности.

М.А. Кочнева (1990) считает, что у первобеременных женщин сам факт возникновения беременности создает большие психологические проблемы. У 70% обследованных обнаружены нарушения психического состояния. Из них у 25% — невротическое развитие личности и у 45% — невротическая реакция на беременность. На повторно беременных факт наличия беременности не оказывает такого психотравмирующего воздействия.

Важную роль в реакции женщин на беременность играют преморбидные особенности личности, которые усиливаются в период беременности.

Опыт практической работы позволяет утверждать, что неврозоподобные и психастенические проявления достоверно чаще встречаются у беременных женщин, отмечающих трудности эмоциональной и поведенческой адаптации к беременности. Психологический скрининг, проводящийся в женской консультации № 1 при НГПЦ, проходят 30–50% женщин, наблюдающихся по беременности. Основная цель скрининговой психодиагностики — выявление группы женщин с трудностями адаптации к беременности. В блок методик входят следующие: Торонтская шкала алексити-

мии, тест УСК (Дж. Роттер), ТОБ (И.В. Добряков), Самооценка здоровья. По результатам диагностики выделяются группы женщин для дифференцированной подготовки к родам либо для индивидуальной коррекционной работы.

Более четкое выделение критериев невротических расстройств позволит сократить сроки индивидуальной коррекции у женщин и сделает ее более эффективной.

К вопросу о патогенезе ПТСР

В.Ю. Слабинский, С.А. Подсадный

*Санкт-Петербургская государственная медицинская
академия им. И.И. Мечникова, Россия*

Одной из важнейших проблем современной психиатрии является изучение ПТСР у пострадавших от катастроф, что обусловлено как медицинскими, так и психологическими, социально-экономическими факторами (Александровский и соавт., 1991; Карвасарский Б.Д., 2000). Несмотря на возрастающее внимание исследователей к проблеме ПТСР, в имеющейся литературе нет преобладающей гипотезы патогенеза. Психиатры начала XX века В.М. Бехтерев (1914), Е. Кречмер (1927), Л.Я. Брусиловский (1928) рассматривали ПТСР с позиций «физионевроза», предлагали считать такие реакции физиологическими, объединяя все «катастрофные реакции» в вазомоторный комплекс, характеризующийся однообразием вегетативных проявлений. Ряд более поздних исследований подтверждают эту теорию. Т.W. Uhde (1994) считает, что ведущую роль в развитии стрессовых расстройств играет депривация сна, которая возникает после возникновения психотравмирующей ситуации и провоцирует в дальнейшем усугубление дневной симптоматики. Согласно данным О.В. Воробьевой (1991), суточная депривация сна у 58% больных вызывает ухудшение состояния в виде усиления тревоги, которое сопровождается достоверным нарастанием десинхронизации в ЭЭГ бодрствования. А.М. Вейн (1974) в исследовании, посвященном дифферен-

циации панических атак, возникающих ночью и днем, показал, что первые отличаются преобладанием тревожной симптоматики, а вторые — депрессивных проявлений. М.Ю. Башмаков и соавт. (1995) делают предположение о более выраженной «биологичности» ночных и, соответственно, большей «психогенности» дневных расстройств. А.Ф. Городиенко (1980) указывает на нарушение циркадианной ритмики вегетативной нервной системы у больных с реактивной симптоматикой. По приведенным автором данным, время возникновения пароксизмов совпадает со временем максимального проявления нарушений циркадианной ритмики, различных показателей, характеризующих деятельность вегетативной нервной системы. По данным С.А. Adler, M.G. Craske, D.H. Barlow (1992), релаксация, наступающая во время «сна-провала», может выступать в роли триггера этих расстройств. По мнению E. Rossi (1987), на первом плане находятся вопросы психодинамики, и раннее пробуждение означает, что психофизиологическая система перегружена и человек когнитивно пытается справиться с психотравмирующей ситуацией. E. Rossi связывает этот феномен с сопротивлением людей погружению в восстановительный ультрадианнный ритм и боязнью наслаждения. Накопленные данные позволяют выдвинуть гипотезу о важной роли в патогенезе ПТСР нарушений циркадных ритмов, как проявления нарушения интегрирующей деятельности неспецифических структур мозга.

Роль психотерапии в процессе лечения психических расстройств обратного развития (инволюционных)

П.Г. Сметанников, А.А. Игнатович

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, Россия*

До настоящего времени малоизученными остаются начальные формы психических расстройств обратного развития. Нами, в условиях поликлиник, женских консульта-

ций, врачебных здравпунктов и здравпунктов по вопросу брака и семьи, было проведено внебольничное психопатологическое обследование 200 женщин (в возрасте 40–50 лет) с явлениями климакса и психическими расстройствами непсихотического неврозоподобного уровня в виде следующих синдромов.

Психоневрастенический синдром с быстрой утомляемостью больных даже в домашней обстановке, тем более в производственной деятельности. У больных нарастала астения, появлялась (ранее не свойственная им) раздражительность, подчас грубость, нарушался сон, возникала грусть, снижалось настроение. Пациентки мирились со своей измененностью, принимая ее за уже свершившуюся старость. Подобное состояние нарастало и длительно сохранялось.

Обсессивно-фобические состояния у таких больных проявлялись в виде периодически переживаемого страха скорострительной смерти, погибнуть из-за несчастного случая на улице. Психопатологический анализ убеждает, что возникновению таких состояний способствуют вегетативно-дистонические сдвиги и, отчасти, психогении. Поэтому, по их содержанию, навязчивости чаще оказывались нозофобиями, то есть вырастали из опасений больных за свою жизнь и здоровье.

Оказалось, что все больные подразделились на две группы. Первая, более многочисленная, включала больных с неврозоподобной и обсессивно-фобической формами, то есть страдающих психическими расстройствами лишь неврозоподобного уровня. У пациенток другой группы (98 больных) снижение настроения было глубже, и вся симптоматика их в целом достигала циклотимного уровня и клинически выражалась ипохондрически-депрессивной и тревожно-депрессивной картинами. У пациенток с ипохондрически-депрессивной формой, на фоне сниженного настроения и астении, в состоянии доминировала фиксация на неприятных, тягостных алгических ощущениях в виде боли в различных частях тела, чрезвычайная фиксация больных на этом и мыслительная переработка их в сознании заверша-

лись у больных мыслями о наличии у них неизлечимого заболевания.

Наконец, у части больных дело доходило до тревожно-депрессивного состояния с более выраженным и устойчивым снижением настроения, с пониженной самооценкой и потерей надежд на будущее, с более выраженной тревогой в оценке окружающего. И хотя это состояние не достигало психоза, но уже выливалось в патологию циклотимного уровня. Наше исследование больных с начальными инволюционными формами психических расстройств показало возможность перерастания вышеописанных неврозоподобных состояний в циклотимные — депрессивно-ипохондрические и тревожно-депрессивные. В литературе существует мнение, что эти начальные инволюционные неврозоподобные расстройства являются неврозами (так как в их возникновении имеет значение и психотравматизация), но это не так. Детальный психопатологический анализ этих дебютных инволюционных расстройств показывает, что здесь нет латентной устойчивой психотравмы и стойких фиксаций больных на психотравмирующих представлениях, определенная психотравма, с «переработкой» ее в сознании, как это имеет место при неврозе. Здесь мысли больных фиксируются на меняющихся внешних (порой и психотравмирующих) событиях и сильных вегетативно-эндокринных внутренних ощущениях.

Данное исследование выявило, по сути, отсутствие лечебной помощи этому большому контингенту больных в женских консультациях и консультациях по вопросу брака и семьи и в соответствующих центрах здравоохранения, так как в этих учреждениях нет не только психотерапевта, но и врача из контингента общих медицинских специальностей, получившего дополнительную психотерапевтическую подготовку. Б.Д. Карвасарский, создавший наиболее совершенную форму психотерапии — личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию, подчеркивает биопсихосоциальный характер психотерапии как медицинской специальности и указывает на необходимость более высо-

кого уровня подготовки психотерапевтов в учреждениях последиplomного образования врачей, на необходимость таких специалистов не только в психиатрии, но и в общесоматической сфере здравоохранения, в частности в женских консультациях, так как при отсутствии этой помощи начальные психические расстройства (инволюционного характера) будут перерастать в картины развернутых психозов обратного развития.

Работа с системой смыслов в психотерапии невротических депрессий

Д.А. Смирнова

*Самарский государственный медицинский университет,
г. Самара, Россия*

В настоящее время в амбулаторной практике распространенные диагностические позиции занимают рубрики F34.1, 41.2, 43.20–2, которые отражают описание клинических проявлений невротической депрессии. Учитывая, что этиопсихогенез данного состояния вращается вокруг звена интрапсихического конфликта и опосредуется через связи субъективно значимых смыслов, подход к терапии таких пациентов должен быть глубже симптоматически ориентированных «клише» и стандартов.

Проведенное нами исследование семантической составляющей речи больных невротической депрессией выявило у них искажения в системе смыслов. Обнаружены редуциция когнитивной, статусной, альтруистической и категории самореализации, гипертрофированная семейная, депрессивно окрашенные экзистенциальная, коммуникативная и гедонистическая категории.

Важным звеном психогенеза невротической депрессии представляется определенный семантический порочный круг. Первичная рассогласованность отдельных смыслов, значений и убеждений провоцирует симптоматику, а ее переживание вторично редуцирует и искажает эти субъек-

тивно значимые смыслы, ценности и устремления. Система отношений пациента в фокусе индивидуализированных значений сводится к характерному для невротических депрессий явлению смыслоутраты или «перераспределения смыслов» из зоны «недооцениваемого, утрачивающего актуальное значение» в зоны «приобретающего гипертрофированное значение».

«Смысловые пустоты» являются мишенью психотерапии на уровнях смысла, миссии, самоидентичности и ценностей, нарушенных по пути сквозной регуляции от поврежденных уровней убеждений, целей, способностей, поведения и окружения. Реализация интервенций в психотерапии, обращаемой к этиологии состояния, должна сводиться к протравиванию равновесия в системе смысловых значений и гармонизации личности как системы отношений. Когнитивная работа над принятием того, что «все имеет равное значение» или «ничто не имеет большего значения, чем что-то другое», должна сопровождаться утилизацией эмоциональных колебаний и сосредоточением внимания, реализацией действий по протравиванию уязвимых сфер жизни. Особенности структуры системы смыслов пациентов позволяют предположить большую эффективность когнитивно-поведенческих техник при депрессиях с ведущим тоскливым аффектом и имагинативного направления, гипнотерапии — тревожным и астено-гиподинамическим, в работе по направлению «придания равновесия» системе смысловых значений.

Механизмы психологической защиты у больных с невротическими расстройствами

С.В. Смирнова, И.В. Овчинникова, Ю.А. Логинов,
Т.М. Андреева

*Ивановская государственная медицинская академия,
г. Иваново, Россия*

В настоящее время большое значение и актуальность приобретает изучение системы механизмов психологиче-

ской защиты индивида от внешних воздействий, травмирующих психику, от противоречивых ситуаций, вызывающих повышение личностной тревожности, уровень невротизации человека.

В проводимом исследовании ставились следующие задачи: 1) изучить структуру психологических защит у больных с невротическими расстройствами; 2) показать качественные различия в структурах психологических защит больных с невротическими расстройствами и здоровых людей; 3) изучить различия в структурах механизмов психологической защиты у больных с высоким и низким уровнями невротизации.

Экспериментальную группу составили 64 человека, страдающих невротическими расстройствами, в возрасте от 17 до 65 лет, проходящих лечение в отделении пограничных состояний и дневном стационаре психиатрической больницы. В контрольную группу вошли 48 здоровых лиц разных профессий, по возрасту и полу аналогичные экспериментальной группе.

На основе медианного критерия ($Md = -10$) экспериментальная группа была поделена на две подгруппы: с высоким и низким уровнями невротизации. Первую подгруппу составили 32 пациента в возрасте от 26 до 65 лет (уровень невротизации — от -77 до -11). Вторую — 32 пациента в возрасте от 17 до 56 лет (уровень невротизации — от -9 до $+39$).

Выявление структуры психологических защит личности, используемых ею в жизни, проводилось с помощью опросника Келлермана–Плутчика «Индекс жизненного стиля», который позволяет выявить степень использования восьми основных психологических защит.

В результате проведенного исследования было выявлено, что в структуре психологических защит как у больных с невротическими расстройствами, так и у здоровых людей, доминируют реактивные образования.

В контрольной группе испытуемых наиболее часто использовались реактивные образования, регрессия, проекция. Значимо меньше выражены действия механизмов подавления, смещения, рационализации.

Защитные механизмы регрессии, подавления, смещения и отрицания, интенсивно используемые больными с невротическими расстройствами, относятся к защитам низшего порядка: они больше затрагивают широкие и глубокие слои личности, чаще являются глубоко бессознательными. Поэтому структуру личности больных с невротическими расстройствами можно охарактеризовать как более примитивную и инфантильную в сравнении с таковой у здоровых испытуемых. Причина этого в том, что тревожность как составная часть уровня невротизации, как черта характера может формироваться еще в детстве на основе опыта взаимодействия ребенка со значимыми другими людьми. Тревожные взрослые — это люди, которые не смогли приобрести новые адекватные формы взаимодействия с окружающими из-за неблагоприятного влияния незрелых психологических защит.

Корреляционный анализ показал наличие значимой прямой корреляции между показателями возраста и типом психологических защит. В контрольной группе испытуемых прослеживается прямая корреляционная связь между показателями возраста и действием механизмов психологической защиты, таких как регрессия, смещение, реактивные образования. В экспериментальной группе отмечается прямая корреляционная связь между показателями возраста и действием механизма реактивных образований, то есть с возрастом в группе больных растет интенсивность этого механизма защиты.

Сравнительный анализ средних показателей опросника «Индекс жизненного стиля» в подгруппах больных с невротическими расстройствами с высоким и низким уровнями невротизации не выявил значимых различий между ними. В структуре психологических защит больных с высоким уровнем невротизации доминирует механизм реактивных образований, интенсивное использование которого указывает на фрустрацию потребности в безопасности, угрозу снижения самооценки, утрату самоконтроля, снижение уровня самоуважения и самопринятия. Наименее используемым является механизм компенсации. В подгруппе

больных с низким уровнем невротизации наряду с реактивными образованиями наиболее интенсивно используется механизм психологической защиты более высокого порядка — проекция. Реже используемыми являются механизмы отрицания и компенсации.

Таким образом, структура психологической защиты невротических больных зависит от возраста и уровня невротизации. С возрастом у больных с невротическими расстройствами снижается действие психологических защит. У больных с низким уровнем невротизации в разных ситуациях с различной частотой используются разные механизмы психологической защиты, то есть структура психологической защиты больных с низким уровнем невротизации более разнообразна и динамична, чем структура психологической защиты больных с высоким уровнем невротизации.

**Роль изучения аффективно-когнитивных комплексов
в контексте целостной психической деятельности
у больных алкоголизмом при проведении психотерапии**

С.Л. Соловьева, А.В. Бурштейн

*Санкт-Петербургская государственная медицинская
академия им. И.И. Мечникова,*

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

Алкогольная зависимость является важной медико-социальной проблемой и представляет собой совокупность медико-биологических, психологических и социальных проблем. Психотерапия обоснованно считается важной составляющей в комплексном лечении больных алкоголизмом. Критерий симптоматического улучшения, который наиболее часто используется в настоящее время при психотерапии алкогольной зависимости, не является единственно надежным при определении непосредственной эффективности и устойчивости результатов психотерапевтического лечения. Психотерапевтическое вмешательство должно

быть направлено прежде всего на создание глубоких изменений личностного функционирования и коррекции системы отношения личности, а не только на прекращение контакта с объектом зависимости. В качестве одного из ресурсов повышения эффективности психотерапевтического вмешательства при лечении алкогольной зависимости может рассматриваться коррекция аффективно-когнитивных комплексов больных алкогольной зависимостью.

Известно, что когнитивные установки наравне с другими факторами определяют специфику психической деятельности и мотивацию к употреблению алкоголя. Большое количество исследований подтверждает патогенное значение и аффективных нарушений при алкоголизме. Базовые когнитивные установки и ожидания, при их несоответствии реальным жизненным событиям, формируют когнитивный диссонанс, приводящий к соответствующим «эмоционально-негативным» переживаниям, таким как гнев, злость, растерянность, снижение настроения. Эмоциональные переживания, связанные с негативной когнитивной оценкой, при недостаточности адаптивных и компенсаторных возможностей личности могут купироваться, в частности, приемом алкоголя.

При этом пациенты с алкогольной зависимостью еще в меньшей степени, чем пациенты с другими пограничными расстройствами, способны к распознаванию своих чувств и вычленению иррациональных когнитивных установок. Они описывают свое состояние в смешанных терминах, показывающих аффективно-когнитивную сущность своего страдания («подавленность», «эмоциональная напряженность», «фрустрированность»), затрудняясь с его квалификацией. Это усложняет применение когнитивной психотерапии и снижает результативность комплексного лечения (сочетающего психотерапию и фармакотерапию эмоциональных нарушений).

Решением этой проблемы может быть методологический подход, позволяющий рассматривать сплав когнитивных установок с актуализированными эмоциями в целостном единстве, восходящем к представлению об аффективно-когнитивных структурах в понимании К. Изарда (1980). В

начатом с этих позиций специальном исследовании отделения лечения больных алкоголизмом и отделения психотерапии и реабилитации Института им. В.М. Бехтерева планируется изучение аффективно-когнитивных комплексов у пациентов с алкоголизмом. Это исследование сможет уточнить взаимовлияние когнитивных механизмов и эмоциональных нарушений у больных алкоголизмом. Можно предположить, что сложный механизм формирования эмоциональных нарушений с помощью иррациональных установок и последующего влияния аффективных нарушений, в свою очередь, на формирование психологических проблем и нарушение механизмов адаптации вносит свой вклад в мотивацию и поддерживает патологическое пристрастие к алкоголю. Анализ аффективно-когнитивных комплексов в структуре целостной психической деятельности позволит конкретизировать мишени психотерапии, направления психологической коррекции и задачи психологической диагностики при лечении и реабилитации больных с алкогольной зависимостью.

Психологические особенности пациенток с невротическими расстройствами и созависимостью

И.Я. Стоянова, В.Я. Семке

НИИ психического здоровья СО РАМН, г. Томск, Россия

В настоящее время расширяется число людей, страдающих проявлениями созависимости. Наши исследования на примере жен больных алкоголизмом показали, что в 67% случаев у них развиваются невротические формы реагирования, обусловленные непереносимой семейной ситуацией. Алкогольная зависимость мужа воспринимается супругами как психическая травма, которая угрожает психологической целостности личности и семейному благополучию.

С позиций концепции клинической персонологии, созависимость — это особый вид социально-психологических дисфункций, которые проявляются в нарушении адаптации в новых условиях и обусловлены неконструктивными стратегия-

ми. Опора на данную концепцию оказалась продуктивной при изучении широкого спектра невротических расстройств. Она получила экспериментальное подтверждение при изучении защитно-совладающих проявлений у пациентов с созависимостью, невротическими расстройствами и в норме. Результаты свидетельствуют о том, что каждый из уровней защитно-совладающей системы, включая неосознаваемые способы психологической защиты и осознанные стратегии взаимодействия, у людей без нарушений психического здоровья является более функциональным. В рамках созависимости адаптивный комплекс обладает меньшей конструктивностью. Это проявляется в преобладании психологической защиты над стратегиями совладания, а также в функциональной трансформации копинг-стратегий в неэффективные защитные механизмы.

Личностные нарушения при созависимости проявляются в искажении «Я»-образа, неудовлетворенности индивидуальных потребностей, преобладании эмоциональных расстройств в виде чувства вины, отчаяния, снижении самооценки, неустойчивости защитно-совладающих стилей, нарастании стратегия совладания «изоляция». На фоне хронического стресса ухудшается здоровье: обостряются соматические болезни, развивается депрессия.

С учетом указанных проявлений определены психокоррекционные мишени, воздействие на которые может привести к осознанию личностных проблем, снижению деструктивных проявлений и усилению компенсаторных возможностей у пациенток с невротическими нарушениями и созависимостью.

«Психотерапевтический монтаж» и его применение в лечении невротических расстройств

А.Е. Строганов

*Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул, Россия*

В рамках разрабатываемого нами в последнее десятилетие нового психотерапевтического направления, транс-

драматической терапии, представляющего собой совокупность психотерапевтических техник, основанных на теории театральных школ и систем, нами создан новый метод — психотерапевтический монтаж. Метод базируется на учениях В.Э. Мейерхольда и Г.И. Гурджиева, содержит в себе структуру последовательной, поэтапной коррекции личности, находящейся в проблемной ситуации. Включает коррекцию вторичных и третичных личностных расстройств, формирует и использует творческий потенциал пациента, с целью выхода из кризиса, направлен на социальную реабилитацию и психологическую адаптацию пациента, страдающего психическим расстройством, и способствует формированию у него резистентности к психотравмирующим ситуациям. Психотерапевтический монтаж содержит в себе элементы личностно-ориентированной терапии и элементы поведенческого тренинга. Состоит из шести этапов: вступительного собеседования, экспликации, предварительного монтажа, окончательного монтажа, моделирования, заключительного собеседования. Средняя длительность лечения составляет 10–12 недель.

Метод может использоваться в реабилитационной психиатрии, лечении невротических расстройств, алкогольной и наркотической зависимости.

В условиях психотерапевтического приема Центра планирования семьи и репродукции при МУЗ «Родильный дом № 2» г. Барнаула методом психотерапевтического монтажа нами были пролечены 37 впервые обратившихся к психотерапевту взрослых (от 20 лет) пациентов, страдающих разного рода невротическими расстройствами, в том числе 12 (32,0%) человек с неврастенией (F48.0), 10 (27,0%) человек с со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F41.2), 8 (22,0%) человек с расстройством приспособительных реакций (F43.2) и 7 (19,0%) человек с рекуррентными эпизодами психогенной депрессии (F33.1x). Высокая эффективность психотерапии отмечалась в 35 (95,0%) случаях, средняя эффективность — в 2 (5,0%) случаях. Катамнез — 6–8 месяцев.

Санаторно-курортное лечение больных с невротическими расстройствами с применением гиперкапнической гипоксии

А.В. Суховершин, А.В. Пантин, А.В. Подорогин,
В.П. Куликов, А.Г. Беспалов

*Санаторий «Россия» курорта Белокуриха,
Алтайский край, г. Белокуриха;
Алтайский государственный медицинский институт,
г. Барнаул, Россия*

В патогенезе невротических расстройств известна роль угнетения окислительного фосфорилирования как одной из основных причин несостоятельности защитно-адаптационных механизмов мозга при хроническом эмоциональном стрессе.

Для лечения невротических расстройств нами предложен метод дозированной гиперкапнической гипоксии (ГКГ), способствующий повышению устойчивости нейронов к гипоксии (Патент РФ № 2365365, 09.01.2008). ГКГ создается путем дыхания газовой смесью с пониженной концентрацией O_2 и повышенной концентрацией CO_2 , что способствует увеличению коллатерального резерва и скорости ауторегуляции мозгового кровообращения, повышает толерантность головного мозга к ишемии.

Цель исследования: оценка эффективности использования дозированной ГКГ в комплексе курортного лечения больных с невротическими расстройствами.

Материал и методы. 49 женщин 25–45 лет с неврастенией (F48.0). Пациентам основной группы (26 человек) на фоне стандартного курортного бальнеолечения проводились краткосрочная психотерапия и ГКГ тренировки, пациентам группы сравнения (23 человека) — только психотерапия.

Курс психотерапии: 14 сеансов аутогенной тренировки и нейролингвистического программирования. ГКГ у пациентов основной группы создавалась путем дыхания через

устройство «Карбоник» (Патент РФ № 2301081, 22.04.2005), увеличивающего дополнительный объем «мертвого» пространства дыхательных путей до 1000 мл, в альвеолярном воздухе концентрация CO_2 составляет $6,4 \pm 0,2\%$, а O_2 — $13,3 \pm 0,2\%$. Курс ГКГ — 14 дней по 20 минут.

Оценку психоэмоционального статуса пациентов проводили дважды с помощью опросников СМОЛ, шкал астении MFI-20 и Спилбергера. Состояние общей астении до лечения выявлено у 17 пациентов (65,4%) основной группы и у 13 (59,1%) — группы сравнения. После курса ГКГ в основной группе наблюдалось более выраженное уменьшение признаков общей астении.

Значимые различия после лечения между группами отмечены по шкале Спилбергера. Уровень личностной тревожности снизился у 1/3 основной группы, в группе сравнения остался прежним.

Дозированная ГКГ в санаторно-курортном лечении пациентов с невротическими расстройствами повышает эффективность терапии. Применение ГКГ в сочетании с психотерапией в короткие сроки значимо снижает уровень личностной тревожности пациентов.

Социальная фрустрированность при эпилепсии

С.Д. Табулина, В.А. Михайлов, Л.И. Вассерман,
Е.Н. Миронова

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

В настоящее время в связи с широким утверждением биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья и адаптации человека в контексте личностно-средового взаимодействия актуальным является изучение роли социальных факторов-фрустраторов. Фрустрация (от лат. *frustratio* — обман, расстройство, разрушение планов) — психическое состояние человека, вызываемое объективно непреодолимыми (или субъективно так воспринимаемыми) трудностями, возникаю-

щими на пути к достижению цели или к решению задачи; переживание неудачи. Фрустрацию можно рассматривать как одну из форм психологического стресса. Проблема людей, страдающих эпилепсией, связана не только с клиническими проявлениями, но и с отношением пациентов к своей болезни, к необходимости принимать постоянно лекарства, с отношением общества к ним, которое не всегда обоснованно ограничивает их стремление к самореализации и социальной активности. Сам диагноз «эпилепсия» является мощным фрустрирующим фактором как для больного, так и для его социального окружения, блокирующим актуальные потребности личности.

Роль и влияние социально-средовых факторов в генезе психической дезадаптации может быть уточнена при оценке социальной фрустрированности.

Для оценки уровня и специфики социальной фрустрированности нами использовался оригинальный опросник «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ), разработанный в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Опросник представляет собой строго структурированное интервью с оценочной системой, которая позволяет получить информацию о социальном и экономическом положении испытуемого, особенностях его интерперсональных, семейных, производственных и других отношений и конфликтов. Результатом исследования является оценка, характеризующая уровень общей неудовлетворенности (социальной фрустрированности — СФ), и оценки, характеризующие уровень неудовлетворенности отдельными аспектами социального функционирования.

Результаты применения опросника УСФ в клинической эпилептологии свидетельствуют, что в целом у больных эпилепсией имеет место умеренный уровень СФ. Наиболее благополучными в социальном функционировании больных являются семейные отношения, отношения с социальным окружением. В противовес этому, большинство больных предъявляют неудовлетворенность образованием и сферой

деятельности, социальным положением, состоянием здоровья и работоспособностью. У больных эпилепсией наиболее выраженными фрустраторами являются блоки социального статуса, социально-экономического положения, здоровья и работоспособности.

Оценивая содержание социально-фрустрирующих факторов у больных эпилепсией, необходимо учитывать «сферы субъективного приоритета» и их гиперсоциальность, которые, вероятно, определяют большую значимость для больных (в контексте системы жизненных ценностей) социального положения, интересной и престижной работы, материального благополучия. Между тем характерное для больных эпилепсией стремление следовать устойчивым социальным нормам (быть не хуже других) блокируется не только болезнью, но и многочисленными социальными ограничениями, а также, в ряде случаев, изменениями личности больных, не располагающих необходимыми ресурсами для преодоления стресса болезни. Наиболее высокая СФ наблюдается у больных с последствиями черепно-мозговой травмы, особенно при ее сочетании с алкогольной зависимостью.

Уровень удовлетворенности здоровьем у женщин ниже, чем у мужчин, что связано с их большей озабоченностью собственным здоровьем и проявлениями заболевания, с большей выраженностью психоэмоциональных реакций. СФ достоверно выше у лиц, не состоящих в браке, инвалидов и безработных, у больных с аффективной нестабильностью и изменениями личности, завышенной самооценкой, выбором труднодостижимой социальной роли и стремлением к социально-экономическому успеху. В большей степени удовлетворены отношениями с родными и близкими лица с длительностью заболевания более пяти лет, что свидетельствует об адаптации к болезни и значительной психологической и социальной поддержке со стороны членов семьи, которые, по видимому, также адаптируются к болезни близкого им человека и вырабатывают конструктивную стратегию помощи.

Лица с простыми парциальными приступами предъявляют достоверно более низкий индекс общего уровня соци-

альной фрустрированности, удовлетворенности социальным положением, здоровьем, по сравнению с больными, страдающими вторично-генерализованными припадками, что является отражением влияния тяжести течения заболевания на блокирование повседневных потребностей личности.

У больных с судорожным компонентом в формуле припадков общая социальная фрустрированность достоверно выше, чем у пациентов с бессудорожными пароксизмами. К повышению уровня социальной фрустрированности ведут частые и серийные пароксизмы. Зависимость уровня социальной фрустрированности не носит линейного характера. Вначале (до одного года) отмечается высокий уровень общей неудовлетворенности, что, несомненно, отражает фрустрирующую реакцию диагноза «эпилепсия» и ее клинических проявлений. С этим диагнозом (речь идет о подростках и взрослых) может быть связано блокирование жизненных планов и надежд относительно создания семьи, получения образования и т. д. Начало лечения и его положительный эффект укрепляют у больных веру в выздоровление и перспективу реализации актуальных потребностей, что и отражается в снижении уровня СФ в интервале длительности заболевания от 1 до 5 лет. Вместе с тем, если полное купирование припадков не наступило или если появляются личностные изменения, уровень неудовлетворенности (УСФ) вновь возрастает.

Есть основание считать, что больные эпилепсией являются популяционной группой, подверженной массивному воздействию социально-фрустрирующих и «нозо-фрустрирующих» факторов. Сложное взаимодействие конкретных клинических, психологических и социальных аспектов в ситуации болезни является фактором риска дестабилизации ремиссий, что, несомненно, приводит к снижению КЖ.

В целом эффективность применения шкалы УСФ определяется возможностью существенно сократить время на позитивную диагностику и квалификацию психосоциальных факторов, определяющих нарушения психической адаптации и риск клинической дестабилизации больных эпилепсией.

Признание существования неврастения: за и против

В.А. Ташлыков

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования,*

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

Признание существования неврастения с момента определения ее как клинической категории (термин «неврастения», как известно, еще в 1869 г. был введен G. Beard) и в последующее время претерпевало значительные возвратные колебания от гипердиагностики до потери интереса к ней. По поводу неврастения всегда было много различных точек зрения, так как ее клиническая картина представлялась расплывчатой и неясной. В частности, Г. Лукас и Х.-Ю. Мёллер (2010) считают, что неврастения не является научно утвержденной категорией, она не имеет четкого определения, ранее рассматривалась как «нервная слабость» и «психастения», а в настоящее время заменена концепцией соматоформного расстройства.

Классификация DSM-IV понятие «неврастения» уже не включает. Астенические состояния, распространенность которых в общей популяции колеблется от 10% до 45%, являются наименее специфическими из всех психических нарушений, иногда предшествуя или определяя и почти всегда завершая течение любой болезни — соматической или психической. При диагностике неврастения необходимо дифференцировать ее с такими расстройствами, как соматогенная (органическая) астения, конституциональная астения, синдром хронической усталости, астеническая депрессия, тревожные расстройства, аутохтонная астения (витальная депрессия, шизоастения).

Классификация МКБ-10 сохранила неврастению в качестве самостоятельной нозологической единицы, тем самым подчеркнув, с одной стороны, клиническую реальность этого состояния, а с другой — необходимость самостоятель-

ного терапевтического подхода. В Санкт-Петербургской (Ленинградской) школе психотерапии Б.Д. Карвасарского с позиций современной неврологии и психотерапии неврастения рассматривается как форма невроза, имеющая четкие дифференциально-диагностические критерии, отделяющие ее от астенических расстройств органического (соматического) происхождения. К ним относятся определенные личностные черты, стрессогенная жизненная ситуация, специфический внутриличностный конфликт, психологические механизмы адаптации, психогенетический процесс формирования и сохранения астенической симптоматики. Именно такая клиничко-психологическая диагностика позволяет, с одной стороны, признать за неврастением научно утвержденную клиническую категорию, а с другой — иметь эффективный психотерапевтический подход к лечению данного невроза.

Групповая игровая психотерапия как способ коррекции эмоциональных и коммуникативных нарушений у дошкольников с заиканием

М.С. Толмачева, М.В. Злоказова

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, Кировская государственная
медицинская академия, г. Киров, Россия*

Заикание — это нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное с судорогами мышц, участвующих в речевом акте. По статистике, около 2,5% детей страдают заиканием. Причем у мальчиков эти речевые нарушения встречаются в 3–4 раза чаще, чем у девочек. Расстройство, как правило, развивается в возрасте 2–5 лет, так как в этот период происходит активное развитие фразовой речи и возникает потребность в вербальном общении с окружающими.

Заикание подразделяется на невротическое и неврозоподобное. Неврозоподобное заикание развивается на фоне резидуально-органических и соматогенных нару-

шений деятельности головного мозга. Начинается постепенно, исподволь, с так называемых «запинок» и часто сочетается с другими неврозоподобными расстройствами (тиками, энурезом, церебрастеническим синдромом) и неврологической микросимптоматикой. При неврозоподобном заикании отсутствуют указания на психотравмирующие переживания. Реакция личности на дефект речи часто, вплоть до пубертатного возраста, отсутствует.

Причинами возникновения невротического заикания чаще всего являются различные психотравмирующие ситуации — острые: внезапный испуг, разлука с родителями, резкое изменение привычного стереотипа (например, помещение ребенка в дошкольное детское учреждение), а также подострые: конфликтные отношения в семье, патологические типы воспитания. Большое значение в происхождении заикания принадлежит «речевому климату»: перегрузка информацией, двуязычие в семье, чрезмерная требовательность родителей к речи ребенка, наличие заикающихся в близком окружении. Определенную роль играет механизм патологической фиксации на физиологических задержках и запинках речи в возрасте 2–4 лет. Спустя несколько месяцев или 1–2 года после возникновения заикания, появляются реакции на дефект речи. Такие дети начинают стесняться говорить в присутствии посторонних, отказываются от устных выступлений, в школьном возрасте может возникнуть страх речи — логофобия, сопутствующие эмоциональные нарушения, поэтому помощь должна быть ранней и комплексной.

В логопедическом отделении Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева получают полипрофессиональную помощь дети, имеющие расстройства речи, в том числе различные формы заикания.

В лечении неврозоподобного заикания ведущая роль принадлежит сочетанию логопедических занятий с медикаментозной и физиотерапией. Большое внимание уделяется музыкальной ритмике и лечебной физкультуре. Лечение невротического заикания в связи с патогенезом расстройства помимо этого обязательно должно включать в себя

психотерапевтические мероприятия: семейную, индивидуальную и групповую психотерапию.

В комплексном лечении пациентов с заиканием с мая 2009 года нами используется групповая игровая психотерапия, в связи с тем что в детском возрасте невербальный компонент общения преобладает над вербальным и лучшим способом «подстройки» к ребенку этого возраста является совместная игра.

Всего за этот период групповая психотерапия была проведена с 56 детьми от 4 до 7 лет с различными формами заикания, имеющими расстройства эмоционального характера, нарушения общения, поведения, а также трудности в адаптации в отделении. Мальчики составляли 87,1%. На психотерапию пациенты направлялись по рекомендации лечащего врача-психиатра после предварительного наблюдения за ребенком.

Для оценки эффективности психотерапевтических мероприятий проводилось регулярное наблюдение за динамикой психического состояния детей в отделении психотерапевтом, психиатром и логопедом. В 85,0% случаев отмечалось значимое улучшение психического состояния детей после оказания групповой психотерапевтической помощи: улучшились адаптация детей и социальное функционирование в логопедических группах и отделении, повысилась уверенность в собственных возможностях, отмечалась нормализация фона настроения, снизился уровень тревожности. За счет коррекции коммуникативных и эмоциональных нарушений возросла эффективность работы детей на индивидуальных и групповых занятиях с логопедами.

Применение групповой игровой психотерапии у дошкольников с заиканием способствует коррекции эмоционально-поведенческих и невротических расстройств, что улучшает состояние речевой функции.

Гештальт-подход в патогенетической терапии невротических депрессий

Л.Л. Третьяк

Клиника «Точка Опоры», Санкт-Петербург, Россия

И стационарный, и амбулаторный вариант лечения психогенных депрессий невротического уровня предполагает необходимость психотерапии с соблюдением ряда условий: краткосрочности вмешательства, структурированности терапии, наличия четких мишеней воздействия, препятствия усилению регрессивных тенденций пациентов. Нами был разработан адаптированный вариант патогенетической психотерапии для лечения невротических депрессий с преимущественным использованием гештальт-подхода. В исследовании приняли участие 103 пациента ГПБ № 7 им. акад. И.П. Павлова. Предлагаемый вариант реализовывался в форме индивидуальной психотерапии в группе, структурированной на этапы (диагностический, вводный, этап сфокусированной терапии и завершающий), с использованием техники «горячего стула», активной ролью ведущего. На вводном этапе проводилась группа упражнений, посвященных десоматизации и осознанию внутриличностного конфликта. Задачей этого этапа являлась коррекция отношения к болезни, раскрытие и осознание пациентами внутренней картины болезни, ее защитно-приспособительного значения. Основными задачами на этапе сфокусированной терапии являлись раскрытие и осознание депрессогенной внутриличностной динамики и связанных с нею механизмов (интроекции и ретрофлексии). Оценка эффективности проводилась согласно общепринятым критериям с использованием группы сравнения, также получавшей стандартизированную фармакотерапию и аутотренинг в модификации Шульца, с привлечением современных психодиагностических методик (опросник Гамильтона и Бека, ТОБОЛ, ОНР-СИ, ИЖС, УСК, копинг-тест Лазаруса, корреляционный и дисперсионный анализ). В основной группе на

значимом и статистически достоверном уровне выявлено снижения уровня депрессии и конкретных клинических проявлений. У пациентов исследуемой группы также отмечались: гармонизация отношения к болезни, изменение стиля защиты и совладания, (уменьшалась выраженность механизмов «регрессии», «вытеснения» и «реактивного образования» и показателей дезадаптивных механизмов «бегства-избегания» и «принятия ответственности»), рост параметров уровня субъективного контроля стресса в межличностных и семейных отношениях. Показана эффективность разработанного варианта психотерапии и устойчивость достигнутых результатов в катамнезе.

Современная концептуализация психотерапевтических мишеней. Переходные процессы психического гомеостаза как мишени в универсальной гипнотерапии

Р.Д. Тукаев

*Московский научно-исследовательский институт
психиатрии Росздрава,*

*Российская медицинская академия последипломного
образования, Москва, Россия*

В последние годы в отечественной клинической психотерапии, освоившей понятийный аппарат и опыт западной, принято понятие мишеней психотерапевтического воздействия. При этом под мишенями психотерапии понимают: собственно признаки болезненного расстройства; иные психологические признаки и черты, для которых установлены связи с наличием либо признаками болезненного расстройства. С позиции исторической справедливости следует подчеркнуть, что принцип выделения и разрешения типологического невротического конфликта, который следует трактовать как выделение терапевтических невротических мишеней, сформулирован в отечественной патогенетической, личностно-реконструктивной психотерапии еще в третьей четверти XX века.

В бурно развивающемся с конца XX века новом направлении клинической психологии — позитивной психологии (акцентирующей на нахождении психологических черт индивидуума, позволяющих сохранять психологическую устойчивость и успешность при противостоянии негативным социально-средовым и межличностным факторам) — выделен новый тип психотерапевтических мишеней, включающий личностные черты, отвечающие за психическое и физическое здоровье и благополучие вопреки негативному действию макро-микро-социума. Таким образом, с позиции позитивной психологии, следует выделять *негативные мишени психотерапии* (признаки расстройств и сопряженные с ними личностные черты) и *позитивные мишени психотерапии*.

Принципы психотерапевтической работы с негативными и позитивными мишенями психотерапии качественно противоположны, поскольку негативные мишени преодолеваются, дезактуализируются, а позитивные мишени, напротив, развиваются, всячески стимулируются.

Мы полагаем, что типологизация психотерапевтических мишеней принципиально не ограничивается негативными и позитивными мишенями. Нами в 80-е годы XX века при системном исследовании психотерапевтической динамики невротических расстройств описаны два типологических механизма: реактивации системы психологической адаптации личности (СПАЛ) и формирования СПАЛ. Выявленные интрапсихические механизмы психотерапевтического действия открывают путь к выделению и использованию в психотерапии нового, третьего типа психотерапевтических мишеней — реадаптирующих переходных процессов. Реадаптивные переходные процессы как мишени психотерапии требуют стимуляции, равно как и позитивные мишени психотерапии.

Принцип стимуляции переходных процессов реактивации и формирования СПАЛ используется в нашей методике универсальной гипнотерапии, ориентированной на психотерапию широкого круга невротических расстройств. Двадцатипятилетний опыт применения указывает на достаточную клиническую эффективность методики. Однако бо-

лее существенным представляется то, что полученный терапевтический опыт обосновывает наличие и перспективность выделения, наряду с негативными, позитивными мишенями, и нового типа психотерапевтических мишеней — реадaptационных переходных процессов — механизмов ре-активации и формирования СПАЛ.

Психозмоциональные расстройства при хронической цервикокраниалгии

К.Б. Турсунова, Л.С. Чутко

*МУЗ Поликлиника № 51 Комитета здравоохранения
Санкт-Петербурга;*

*Центр поведенческой неврологии Института мозга человека РАН,
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая
медицинская академия, Россия*

Проблема хронической цервикокраниалгии занимает одно из ведущих мест, оказывая существенное влияние на психосоматические, когнитивные аспекты, а также на социальную активность, работоспособность и уровень жизни пациентов. Целью настоящего исследования является уточнение механизмов взаимного влияния болевого синдрома и степени выраженности когнитивных, эмоциональных и вегетативных расстройств. В исследование были включены 32 пациента, средний возраст которых составляет $38 \pm 2,8$ года (12 мужчин, 20 женщин). Для оценки психосоматических функций испытуемых применялись: опросник Спилбергера-Ханина, субъективная шкала оценки астении (MFI-20), Торонтская алекситимическая шкала, шкала оценки депрессии Гамильтона. Для оценки вегетативных показателей использовались: визуально-аналоговая шкала, Мак-Гилловский болевой опросник, опросник вегетативных характеристик А.М. Вейна.

Результаты исследования показали тесную взаимосвязь между степенью выраженности болевого синдрома, а также уровнем хронизации патологического процесса и наличием

отклонений по психосоматическим и вегетативным шкалам. Так, у пациентов с длительностью течения более 3 лет спондилогенной краниалгии отмечались более высокие показатели личностной и реактивной тревожности и более выраженный астенический синдром по сравнению с пациентами, длительность заболевания которых не превышала трех лет. По сравнению с испытуемыми контрольной группы эти показатели отличались на 72% и 78%. При этом вне достоверной зависимости от длительности заболевания в основной группе были выявлены отклонения по шкале алекситимии и более выраженная ваготония (по опроснику А.М. Вейна). У испытуемых контрольной группы отклонения по шкале алекситимии были незначительными, в вегетативном статусе этой группы преобладала симпатикотония (68%).

Необходимо также подчеркнуть, что субъективное отношение пациента к своему состоянию играет очень важную роль в течении патологического процесса. Таким образом, осуществляется прямая и обратная связь между соматическим источником формирования боли и психологическими и когнитивными механизмами. Комплексный подход к терапии пациентов с хронической цервикокраниалгией, включающий коррекцию психоэмоционального и вегетативного статуса, является важнейшим фактором в эффективности лечения и продолжительности ремиссий.

Терапия неврозоподобного синдрома у больных с гиперкинезами различной этиологии

С.Т. Туруспекова, Р.Т.Илиев, Г.Е.Оразалиева

*Казахский национальный медицинский
университет им. С.Д. Асфендиярова,*

*Республиканский клинический госпиталь инвалидов
Отечественной войны, г. Алматы, Республика Казахстан*

С проблемами нервно-психических расстройств, проявляющихся в различных специфических эмоционально-аффективных феноменах, приходится сталкиваться не только

психиатрам, но и врачам других специальностей. Субъективные жалобы, характерные для неврозоподобного синдрома, занимают значимое место в клинической картине многих заболеваний нервной системы, тем самым откладывая отпечаток на эмоционально-личностные особенности больного, что вызывает определенные трудности перед лечащим врачом в терапии таких пациентов.

Цель исследования: оценить эффективность применения препарата Танакан для коррекции неврозоподобного синдрома у больных с гиперкинезами различной этиологии. Под наблюдением находились 19 больных в возрасте от 16 до 39 лет. 13 пациентов перенесли черепно-мозговую травму (из них 7 с гипо- и асфиксией), спустя 3–6 месяцев после которой развился атетозный гиперкинез. У 4 больных был диагностирован нейроревматизм с хореоатетозным гиперкинетическим синдромом. Два пациента страдали спастической кривошеей, развившейся после перенесенной вирусной инфекции. Общим для всех пациентов было наличие неврозоподобного синдрома, проявляющегося снижением настроения, раздражительностью, плохим сном, невозможностью уснуть, боязливостью, тревожной мнительностью, разного рода сомнениями, страхом «никогда не вылечиться», многие жалобы свидетельствовали о дисфункции вегетативной нервной системы. Пациентам назначался Танакан в дозе 240 мг в сутки в течение 90 дней. Эффективность препарата оценивалась степенью выраженности рейтинговой системы по стандартизированным шкалам (MMSE, ECA); заполнялись опросники для оценки субъективной выраженности ощущений, скрининг-анкеты вегетативной нервной системы, степени удовлетворенности лечением.

Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии препарата по всем исследуемым показателям, наблюдались уменьшение раздражительности, улучшение общего фона настроения, уменьшение чувства тревоги, беспокойства, страха, улучшение сна. Кроме того, отмечалось уменьшение головных болей. Все пациенты показали высокую степень удовлетворенности лечением данным

препаратом. Ни одного побочного эффекта проводимой терапии, равно как и усиления гиперкинетического синдрома, не наблюдалось.

Танакан показал высокую эффективность в комплексном лечении неврозоподобного синдрома у больных с гиперкинезами различной этиологии, что позволяет значительно улучшить качество жизни данных пациентов.

Клинико-психологические различия ПТСР различной степени тяжести у мужчин и женщин

К.В. Тушкова, Н.Л. Бундало

*Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1,
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) выявляют чаще среди женщин. Проявления ПТСР у мужчин и женщин представляют как имеющие особенности.

Для ПТСР характерен полиморфизм (Бундало Н.Л., 2009). Автором были выделены облигатные и факультативные синдромы. Исходя из этого была систематизирована клиника расстройства: выделены стадии развития (начальных клинических проявлений, невротическая, психотизма), а также степени тяжести: легкая, средняя и тяжелая. Дальнейшие исследования посвящены изучению различий проявлений ПТСР различной степени тяжести у мужчин и женщин.

Были обследованы 258 человек от 18 до 45 лет с ПТСР различной степени тяжести. Группу ПТСР легкой степени тяжести составили 54 (52,4%) мужчины, 49 (47,6%) женщины; ПТСР средней степени тяжести — 59 (53,2%) мужчин, 52 (46,8%) женщины; ПТСР тяжелой степени — 20 (45,5%) мужчин и 24 (54,5%) женщины.

С целью определения качественных и количественных показателей использовались методы психопатологической диагностики, в частности: опросник выраженности

психопатологической симптоматики, шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности, шкала диссоциативных нарушений.

Сравнение полученных данных у мужчин и женщин при ПТСР различной степени тяжести показало принципиальные, статистически значимые отличия, которые обусловлены, на наш взгляд, гендерными особенностями. Выявлено, что в целом показатели выраженности клинических проявлений ПТСР различной степени тяжести у женщин были выше, чем у мужчин. В то же время обнаружены и качественные различия клинико-психологических проявлений ПТСР у мужчин и женщин.

Так, при ПТСР легкой степени у женщин в отличие от мужчин преобладали проявления облигатного тревожного синдрома, а также факультативных синдромов: соматизации, депрессивного и фобического. При средней степени ПТСР у женщин были статистически значимо выше показатели облигатных синдромов: тревожного и обсессивно-компульсивного, факультативных — соматизации, депрессивного, паранойяльного и фобического, а также психологических нарушений — межличностной чувствительности. При тяжелой степени ПТСР таких выраженных различий, как при легкой и средней степени, не было обнаружено. Был характерным более выраженный синдром соматизации у женщин в сравнении с аналогичным показателем у мужчин.

Интенсивность диссоциативных нарушений превалировала у мужчин при легкой и тяжелой степени ПТСР в сравнении с женщинами.

У женщин констатирован более высокий уровень личностной тревожности при легкой и средней тяжести ПТСР в отличие от мужчин, у которых преобладал уровень ситуативной тревожности при ПТСР средней и тяжелой степени.

Выявленные различия клиники ПТСР у мужчин и женщин необходимо учитывать при диагностике и лечении расстройства.

К вопросу клинических взаимоотношений невротических расстройств и расстройств адаптации макросоциального геноза

И.Г. Ульянов, О.В. Потапов

*Владивостокский государственный медицинский
университет, г. Владивосток, Россия*

Расстройства адаптации макросоциального геноза (РАМГ) являются ведущими в современном мире: это нарушения широкого регистра от невротических реакций до психотических расстройств, возникающих под влиянием кризисных, экстремальных или чрезвычайных событий и ситуаций государственных масштабов: потеря работы и скудное существование, вынужденное переселение, миграция, война. В рамках исследования различных социально дезадаптированных групп населения на протяжении 1997–2010 годов нами изучались шахтеры, потерявшие работу (300 человек), милиционеры, командированные на полугодичную службу в Чечню (400 человек), мигранты (100 человек) (Ульянов И.Г., Потапов О.В., 2009, 2010). РАМГ диагностированы у 569 человек (71,1%). Центральным объектом внимания в исследовании являлись невротические расстройства в целом и невротические расстройства, ассоциированные с макросоциальными стрессорами (МС) в частности. В случаях, когда этиологический фактор — макросоциальное травмирующее воздействие — был несомненен, расстройства, по своей клинической сути невротические, относились, в соответствии с МКБ-10, к расстройствам адаптации (F43.2), имеющим широкую представленность в нашем исследовании (26,4%). Собственно невротические расстройства были наиболее частой патологией в исследовании (29%). Диагноз выставлялся при наличии достоверной информации о предшествующей макросоциальным воздействиям предикционной отягощенности, на основании наблюдаемой стадии невротического процесса и преимственности *circulusvitiosus*. Ассоциированность «МС — пси-

хопатология» в исследовании столь интимна, что обосновала объединение их в одну категорию РАМГ. При этом, сохраняя клиническую дифференциацию, различались следующие формы РАМГ: а) прямые, фоновые, компенсирующие («следовые» по А.Д. Сперанскому, 1930), резидуальные; б) РАМГ острые, хронические и множественные: I) чрезвычайные МС, ведущие к посттравматическим стрессовым расстройствам (ПТСР) примерно у 30–50% мирного населения, пережившего экстремальный стресс, и порядка 15–20% у военных и профессионалов (по данным литературы и собственных исследований); II) МС хронические, ведущие преимущественно к социально-стрессовым расстройствам (в нашем исследовании безработные); III) множественные МС, значительно увеличивающие удельный вес ПТСР в популяции и нашей выборке, особенно отсроченных форм (это касается прежде всего мигрантов и комбатантов).

Когнитивно-поведенческая психотерапия при невротических расстройствах (перспективы развития)

А.П. Федоров

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, Россия*

Когнитивно-поведенческая психотерапия в настоящее время является наиболее востребованным направлением, используемым для лечения невротических расстройств.

Когнитивно-поведенческая модель терапии стала формироваться с конца 60-х годов прошлого столетия в результате интеграции положений поведенческой психотерапии (классического обусловливания — научения из ассоциаций и оперантного обусловливания — научения из последствий) и принципов когнитивной психотерапии. К этому времени стало ясно, что, опираясь только на законы научения, невозможно объяснить достигаемые позитивные результаты поведенческой терапии при невротических расстройствах, а тем более предсказать устойчивость терапии в

катамнезе. Для обоснования их необходимо вводить дополнительные факторы.

Когнитивная психотерапия до этого времени развивалась достаточно изолированно в виде двух ветвей: когнитивной психотерапии А. Бека и рационально-эмоциональной психотерапии А. Эллиса. В этих направлениях при проведении терапии акцент делался на выявлении автоматических мыслей и дисфункциональных установок и их модификации.

Поведенческие и симптоматические изменения рассматривались как опосредованные изменениями когниций.

Теоретическими обоснованиями для интеграции поведенческого и когнитивного направлений послужили работы А. Бандуры и Д. Майхенбаума. А. Бандура показал, что поведение изменяется не собственно подкреплением, а восприятием этого подкрепления индивидом, то есть включением когниций при интерпретации результатов действий. Кроме этого, А. Бандура обосновал существование особой формы научения — научения через наблюдение (научения по моделям). Исходя из этой формы научения, научение может состояться и без совершения внешних поведенческих актов. А. Бандура также ввел важный для интеграции этих двух направлений принцип: принцип взаимного детерминизма, который гласит, что не только среда влияет на индивида, но и индивид влияет на среду.

Д. Майхенбаум в начале 70-х годов XX века показал, что когнитивное восприятие является результатом научения, которое можно видоизменять, видоизменяя внутренний диалог. На основе своей практики он выдвинул положение, что психотерапевтические системы являются способами упорядочивания когнитивных и поведенческих феноменов и помогают настолько, насколько преуспевают в переводе дисфункциональных систем пациента в адаптивные.

Дальнейшее развитие когнитивно-поведенческой психотерапии связано с расширением сферы ее применения в клинике и прежде всего с терапией расстройств личности. Это потребовало введения ряда новых понятий. Новое понятие

схемы (А. Бек, 1990, Янг, 1994) позволило объяснить когнитивное содержание, характерное для каждого личностного расстройства, и создать соответствующие стратегии терапии.

Янг (1994) сфокусировал внимание на ранних дисфункциональных схемах, связанных с фиксацией опыта ранних взаимоотношений с родителями и ближайшим окружением. Им были выделены пять областей отношений, значимых для формирования расстройств личности (отвержения, нарушения автономности, ограничения, направленности на других, сверхбдительность).

Когнитивно-развивающее направление для обоснования стратегий своих вмешательств использовало еще два важных понятия: скрытое знание и активно конструирующее сознание.

Мэхони (1995) обратил внимание на скрытое знание о собственном «Я» как о самостоятельной, саморегулируемой личности, особо важной интегрирующей когнитивной структуре.

Можно констатировать, что когнитивно-поведенческая терапия в своем развитии прошла значительный путь в расширении арсенала новых понятий и углублении своих теоретических представлений, окольно возвратила ряд концепций (бессознательное) психодинамического направления в практику своей работы. Все это существенно повышает возможности воздействий и их эффективность.

**Клинико-неврологическое и нейропсихологическое
обследование детей в резидуальном периоде
перинатальной патологии
центральной нервной системы**

Н.С. Фефёлкина, Л.В. Курако

*Алтайская краевая клиническая детская больница,
г. Барнаул, Россия*

В связи с высоким уровнем перинатальной патологии 80–85% детей имеют психоневрологические наруше-

ния, выраженные в разной степени, в виде рассеянной микроочаговой симптоматики со стороны черепно-мозговых нервов, диффузной мышечной гипотонии, оживления сухожильных рефлексов, нарушения осанки, дизартрии, повышенной возбудимости, нарушения внимания. Нами обследованы 142 ребенка с различными синдромами в резидуальном периоде перинатальной энцефалопатии. Проанализированы жалобы, анамнез, катамнез, исследован неврологический статус, оценены когнитивные функции по общепринятым методикам с целью выявления значения морфофункционального состояния нервной системы в реализации когнитивных функций. Проведенные исследования показали, что у детей в резидуальном периоде перинатальной энцефалопатии в структуре клинических проявлений наблюдается синдром нарушения внимания и гиперактивность, выраженные в разной степени, а также негрубый неврологический дефицит. Кроме того, психопатологические нарушения были усугублены вегетативными синдромами, проявляющимися цефалгическими, вегетативно-сосудистыми, вегетативно-висцеральными и др. дисфункциями. Пациенты были осмотрены в динамике до и после медикаментозной и психологической коррекции. Проведенное исследование позволяет сделать выводы. Дети, имеющие нарушение когнитивных функций по типу неравномерности психического темпа с высокими показателями невербального интеллекта, обладают продуктивными компенсаторными возможностями, стабилизирующими общее состояние. Дети, имеющие нарушение когнитивных функций, укладывающееся в цереброорганический симптомокомплекс, при высоких показателях интеллекта имеют компенсаторный потенциал, значительно превышающий возможности компенсации у детей с более низкими показателями интеллекта. Тем не менее пациенты, имеющие невысокие интеллектуальные показатели, на фоне лечения и семейной психокоррекции улучшают показатели когнитивных функций, при слабой динамике качественных проявлений жизнедеятельности, усвоении обу-

чающего материала и стабилизации поведенческой реакции. Наличие корреляционной связи показателей неврологического дефицита с показателями когнитивных функций у детей в резидуальном периоде перинатальной патологии свидетельствует о зависимости высших психических функций от морфофункционального состояния нервной системы, что требует комплексного подхода в коррекции нарушенных функций с обязательным участием невролога и психолога.

Тикозные гиперкинезы в резидуальном периоде перинатальной энцефалопатии

Н.С. Фефёлкина, Л.В. Курако

*Алтайская краевая клиническая детская больница,
г. Барнаул, Россия*

Тикозные гиперкинезы могут являться одним из проявлений школьной дезадаптации. В патогенезе тиков играют роль как наследственные факторы, так и факторы, неблагоприятно влияющие на развивающийся мозг. Нами обследованы 142 ребенка с различными синдромами в резидуальном периоде перинатальной энцефалопатии. У 72 из обследованных детей выявлялись тикозные гиперкинезы. Проанализированы жалобы, анамнез, катамнез, исследован неврологический статус, по общепринятым методикам оценены когнитивные функции. В ходе исследования выявлено, что у 58 из обследованных детей в постнатальном периоде имела место конъюгационная гипербилирубинемия, которая является токсико-метаболическим нарушением, в большей степени действующая на подкорковые образования. Результаты психологического тестирования показали, что у детей с тикозными гиперкинезами имеет место неравномерность психического темпа, связанная с неравномерностью динамики мышления и внимания.

Комплексное лечение психосоматических расстройств методами психотерапии, иглорефлексотерапии и психофармакотерапии в условиях соматического стационара

В.Л. Филиппов, Ю.В. Филиппова

*НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека
Федерального медико-биологического агентства,
Санкт-Петербург, Россия*

Проблема поиска эффективных методов диагностики и лечения обусловлена резким ростом распространенности психосоматических расстройств среди населения, что требует своевременной разработки крупномасштабных мероприятий по организации психотерапевтической помощи этой самой многочисленной группы больных. На необходимость решения данной проблемы было указано профессором Б.Д. Карвасарским еще в начале 70-х годов, когда в 1-м ЛМИ им. акад. И.П. Павлова была впервые в СССР организована служба психотерапии и иглорефлексотерапии под рук. В.Л. Филиппова.

Цель исследования — показать необходимость и эффективность комплексного лечения методами психотерапии, иглорефлексотерапии и психофармакотерапии психосоматических расстройств в условиях общесоматического стационара.

Материал и методы. Была исследована группа больных, 552 человека, страдающих психосоматическими расстройствами, с которыми проводилось комплексное лечение методами психотерапии, иглорефлексотерапии и психофармакотерапии. Мужчин было 181 (32,7%), женщин — 371 (67,3%). Распределение всех обследованных лиц по возрастным группам показало, что большинство было старше 40 лет (73,1%). На возрастные группы до 29 лет и от 30 до 39 лет приходится всего 27,0% (13,4% и 13,6% соответственно). Из общего числа обследованных мужчин до 29 лет было 5,1%, женщин — 8,2%; мужчин в возрасте от 30 до

39 лет было 4,8%, женщин 8,9%; мужчин 40 лет и старше было 21,8%, женщин 51,2%.

Проведена комплексная оценка соматического и психического здоровья. Наряду с клинико-психопатологическим методом исследования использована технология нейролингвистики.

Результаты. При сплошном исследовании установлено, что среди обследованных 41,9% больных страдали депрессиями различной степени выраженности и нозологической принадлежности, которые не были диагностированы, и больные не получали адекватное лечение. В психоневрологической помощи нуждались 79,2% пациентов, 39,2% больных неоднократно госпитализировались в стационары и длительно лечились в поликлиниках, что приводило к хроническому течению заболеваний, рентным установкам и наносило значительный экономический ущерб.

Использован комплекс психотерапевтических методов (нейролингвистика с переходом на гипносуггестию, а затем тренинговые технологии) с учетом личностных особенностей и клиники психосоматического расстройства. Учитывая высокую частоту депрессий, назначались антидепрессанты и ноотропы. Использовались и другие препараты из группы малых транквилизаторов. Иглорефлексотерапия проводилась с использованием канонических принципов диагностики и воздействия на биологически активные точки общего и сегментарного действия с учетом каналов и меридианов конкретного заболевания.

Выводы. Установлена высокая эффективность комплексного лечения методами психотерапии, иглорефлексотерапии и психофармакотерапии (при кататнезе 2 года — выздоровление 61,1%, значительное улучшение — 26,6%, без существенного улучшения — 12,3%). Необходимо создание новых организационных моделей оказания специализированной помощи лицам, страдающим психосоматическими, невротическими и другими непсихотическими расстройствами, в условиях общесоматического стационара.

Принимая во внимание резкий рост распространенности психогенных расстройств, маскирующихся под соматические заболевания, комплексное лечение которых эффективно указанными методами, необходимо рекомендовать главным врачам многопрофильных больниц организовать клиничко-поликлинические «отделения психотерапии психосоматических расстройств».

Распространенность пограничных психических расстройств среди населения, проживающего на территориях, прилегающих к потенциально опасным объектам

В.Л. Филиппов, Ю.В. Филиппова

*НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека
Федерального медико-биологического агентства,
Санкт-Петербург, Россия*

Значение психического здоровья в современном мире резко возросло в связи с продолжающимся ростом распространенности пограничных психических расстройств (ППР) среди различных групп населения.

Цель работы — исследование распространенности ППР среди населения для формирования современной системы диагностики и терапии невротических расстройств.

Материал и методы исследования. Проведено сплошное комплексное психопатологическое, психофизиологическое (простая сенсомоторная реакция [ПСМР], треморометрия [количество касаний], координатометрия, восприятие времени, реакция на движущийся объект) и экспериментально-психологическое (ММРІ, Спилбергера-Ханина, САН, УНП) обследование населения, проживающего на территориях, прилегающих к потенциально опасным объектам. Большой набор методик для исследования обусловлен необходимостью уточнения надежности получаемой информации для экспертной оценки психического здоровья населения.

Всего обследовано 1395 человек, проживающих в зоне защитных мероприятий (ЗЗМ) объектов хранения и уничтожения химического оружия. В ЗЗМ пос. Марадыково было обследовано 1054 человека, из них 37,0% мужчин и 63,0% женщин. В ЗЗМ пос. Леонидовка был обследован 341 человек (19,0% мужчин и 81,0% женщин). Возрастная группа лиц старше 50 лет среди обследованных лиц, проживающих в ЗЗМ, составила более 50,0% от общего числа обследованных.

При оценке психического состояния больных была использована принятая в нашей стране МКБ-10. При оценке ППР мы руководствовались критериями, принятыми в отечественной психиатрии и изложенными в руководствах и глоссариях.

Психодиагностика осуществлялась на уровнях симптома, синдрома и нозологической единицы с использованием принципа соответствия клинико-психопатологических синдромов психофизиологическим, клинико-лабораторным, экспериментально-психологическим результатам комплексного исследования.

Результаты исследования. Выявленные ППР среди населения пос. Леонидовка и пос. Марадыково достигали 64,3% и были представлены: F40-41 — тревожно-фобические расстройства, F06.6 — органическое эмоционально-лабильное расстройство, F60-69 — расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, F43 — реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, F45 — соматоформные расстройства (сюда частично отнесены болезни двойного учета) и F48 — неврастения (также с болезнями двойного учета, но с более выраженной невротической симптоматикой).

Уровни распространенности отдельных видов ППР среди мужчин и женщин Марадыково и Леонидовки не различались ($p = 0,208-0,858$). При анализе структуры ППР также не выявлено статически значимых различий, ведущее место в структуре принадлежит невротическим расстройствам (46,4% и 40,0% соответственно), где доминировала тревожно-депрессивная симптоматика, на втором месте были прочие психические расстройства.

Психофизиологическое и экспериментально-психологическое исследования подтвердили результаты клинико-психопатологической оценки психического здоровья населения.

Установлена высокая распространенность ППР среди населения пос. Леонидовка и пос. Марадыково. Выявленные ППР соответствуют по структуре и частоте регистрируемой патологии при диспансеризации населения. Высокая распространенность ППР указывает на необходимость создания программ психотерапии и психопрофилактики для населения.

Психическое здоровье детей без компенсации перинатальных поражений центральной нервной системы к одному году жизни, личностные особенности их родителей и детско-материнские отношения

О.М. Филькина, О.Ю. Кочерова, Е.Н. Курбанова

*Ивановский научно-исследовательский институт
материнства и детства им. В.Н. Городкова,
г. Иваново, Россия*

Влияние личностных особенностей родителей и детско-материнских отношений (ДМО) на исходы перинатальных поражений центральной нервной системы (ПП ЦНС) у детей имеет важное значение.

Цель: выявить особенности психического здоровья детей без компенсации перинатальных поражений ЦНС к одному году жизни, личностные особенности их родителей и детско-материнские отношения.

Материалы и методы. Дети с ПП ЦНС в возрасте 1 года и их родители разделены на 2 группы: 1-я группа — 50 детей с компенсацией ППЦНС к году, 2-я группа — 50 детей без компенсации ППЦНС. Личностные особенности родителей определялись по методике МИНИ-СМИЛ Л.Н. Собчик, ДМО — М. Инсфорд, нервно-психическое развитие (НПР) детей — К.Л. Печоры с соавт., нервно-психические расстройства — по разработанной нами анкете.

Результаты. У детей 2-й группы, в отличие от детей 1-й группы, чаще выявлялось отставание НПР на 2 эпикризных срока (22% и 6%, $p < 0,05$), за счет задержки развития активной речи (16% и 2%, $p < 0,02$) и общих движений (12% и 2%, $p < 0,05$); отставание на 3 эпикризных срока (12% и 0%, $p < 0,02$), за счет задержки развития активной речи ($p < 0,05$) и навыков самообслуживания ($p < 0,05$). Нервно-психические расстройства у детей 2-й группы чаще, чем у детей 1-й группы, проявлялись сомато-вегетативными нарушениями (86% и 58%, $p < 0,05$), реже поведенческими нарушениями (46% и 24%, $p < 0,05$). Родители 2-й группы чаще, чем родители 1-й группы, характеризовались пониженным фоном настроения ($p < 0,002$), импульсивными чертами характера ($p < 0,05$), а матери, кроме того, — тревожными чертами характера (32% и 14%, $p < 0,05$). ДМО в семьях детей 2-й группы в 2 раза чаще носили симбиотический характер.

Выводы. Дети без компенсации неврологических отклонений ППЦНС, в отличие от детей с компенсацией, характеризовались отставанием НПР за счет отставания активной речи, общих движений и навыков самообслуживания и сомато-вегетативными нарушениями, а их родители — пониженным фоном настроения, импульсивными чертами характера, матери — повышенной тревожностью, симбиотическим характером детско-материнских отношений.

Клинические и клинико-психологические особенности пациентов с невротическими расстройствами, выбирающих психотерапевтическую модель помощи

В.В. Холявко, С.П. Калганов, Н.С. Медведева

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

В настоящее время в лечении невротических расстройств в медицине реализуются как минимум три модели медицинской помощи — «психиатрическая», «психотерапевтическая» и комплексная. При этом не до конца разрабо-

таны показания к выбору той или иной модели, а при реализации комплексной модели недостаточно четко определена соотносительная роль психотерапии и фармакотерапии. Это приводит к тому, что та или иная модель выбирается в соответствии с выбором врача и/или пациента, который во многом определяется индивидуальными предпочтениями, связанными с социокультурным контекстом, а не клиническими показаниями.

В отделении психотерапии и реабилитации Института им. В.М. Бехтерева проводится исследование клинических и психологических характеристик больных с невротическими расстройствами, предпочитающих «психотерапевтическую» и «психиатрическую» лечебную модель, и влияние этих характеристик на совершаемый пациентами выбор модели медицинской помощи. Исследовались две группы пациентов: пациенты с невротическими расстройствами, выбравшие «психотерапевтическую» помощь, и пациенты с невротическими расстройствами, выбравшие «психиатрическую» модель лечения. Было выявлено значительное отличие по средним величинам клиничко-психологических показателей в группе больных с невротическими расстройствами от соответствующих показателей в группе здоровых по данным опросника Александровича и диагностического опросника SCL-90.

Для пациентов, выбирающих «психотерапевтическую» лечебную модель, по сравнению с пациентами, выбирающими «психиатрическую» лечебную модель, характерны следующие особенности.

1. По данным опросника Александровича наблюдается тенденция к более низким значениям 12 шкал из 13 (за исключением шкалы «психастенические нарушения»); при этом наиболее выражены отличия по шкале «нарушения сна» (уровень значимости 0,011). Данные дискриминантного анализа показывают, что в выявленных отличиях могут иметь важное значение шкалы «нарушения сна», «психастенические нарушения» и «соматические нарушения».

2. По данным опросника «выраженности психопатологической симптоматики» (SCL-90-R) у пациентов, выбирающих

щих психотерапевтическую лечебную модель, определяются более высокие показатели по 8 шкалам из 9 (кроме шкалы «соматизация») и более высокие значения общих индексов дистресса. Самые значимые отличия отмечены по шкале 3 — «межличностная сенситивность», кроме того, они характеризуются более высокими значениями Общего индекса тяжести (GSI) и Индекса наличного симптоматического дистресса (PSDI). Результаты дискриминантного анализа различий двух групп по показателям данного опросника указывают на существенное значение показателей шкал 1 («соматизация») и 4 («депрессивность»).

Результаты проведенного исследования позволяют разработать научно обоснованные показания к психотерапии больных с невротическими расстройствами.

Социальное функционирование семей, воспитывающих детей-инвалидов с умеренной умственной отсталостью

О.В. Хорошавина

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

Масштабность проблемы инвалидности и организации помощи лицам с ограниченными физическими и психическими возможностями подтверждает как мировая, так и отечественная статистика. Социально-экономические проблемы в обществе, рост безработицы, экономический спад и политическая нестабильность не могли не затронуть наиболее уязвимое звено общества, остро реагирующее на все изменения, происходящие в нем, — семьи с детьми-инвалидами. Для оказания подобным семьям эффективной помощи важно знать их жизненную ситуацию, выявить особенности психического здоровья родителей, подобрать правильный терапевтический подход и профессионально реализовать его. Рассмотрение всех этих вопросов и являлось главной целью данного исследования.

Нами проведено исследование социального положения 96 родителей. По уровню образования 46 обследованных (48%) имеют среднее образование, 34 (36%) — среднее специальное и 16 (17%) — высшее. 70% родителей трудоустроены: 20 мужчин (95%) и 46 (48%) женщин. Среди обследованных в полных семьях живут 65 человек (68%), разведены — 20%, не замужем — 10% женщин. При этом большинство взрослых оценивают отношения в семье как хорошие — 74 человека (78%). Но при более углубленном анализе результатов мы получили противоречивые данные: у половины опрошенных отмечается недостаточная семейная сплоченность и у большей части — неустойчивая социальная адаптация. Это, на наш взгляд, может привести к распаду семьи. Достаточная материальная обеспеченность оценивается родителями в 13%, недостаточная — в 25% случаев, удовлетворительная — в 62%. Хорошие жилищные условия отмечаются у 36%, удовлетворительные — у половины обследованных (41%), плохие — у 23%. У половины опрошенных (53%) в воспитании ребенка-инвалида принимают участие родственники. По количеству детей, воспитывающихся в данных семьях, выявлено, что 27 человек (28%) имеют одного ребенка, 49 человек (52%) — двух детей и 21 человек (22%) — трех и более детей.

По результатам проведенных обследований видно, что основная часть опрошенных имеет среднее и среднее специальное образование, живет в полных семьях, имеет удовлетворительную материальную обеспеченность, хорошие и удовлетворительные жилищные условия, воспитывает одного или двух детей. Но при этом примерно четвертая часть обследованных живет в неполных семьях, имеет недостаточную материальную базу и неблагоприятные жилищные условия, воспитывает трех и более детей. Половина женщин не работает, так как нет возможности обучать ребенка в школе и нет родственников, которые могли бы помочь в воспитании ребенка-инвалида. За приведенными выше цифрами — судьбы людей. Ближайшим родственникам больных нужны поддержка и информация. Важно пра-

вильно определить приоритетные области вмешательства, потому что программы, ориентированные на семью в целом, являются более эффективными, чем программы, направленные только на ребенка. Результатом ранней, эффективной поддержки семьи может быть улучшение состояния здоровья родителей, социализация детей, появление большего количества трудоустроенных матерей, которые меньше пользуются социальными услугами. В решении этих проблем может помочь только совместная и скоординированная межведомственная деятельность.

Психотерапия в системе подготовке врача

Л.К. Хохлов, Ю.Г. Манучарян

*Ярославская государственная медицинская академия
г. Ярославль, Россия*

В современный период, несмотря на экономические трудности, психологическое и психотерапевтическое направления, в силу их востребованности, возрастания среди населения психоэмоционального напряжения, интенсивно развиваются. Это находит свое отражение в расширении подготовки соответствующих специалистов не только на факультетах психологии гуманитарных вузов, но также на факультетах до- и последипломного образования медицинских вузов. В Ярославской медицинской академии с 1998 года, помимо собственно психиатрии, расширено изучение других разделов психологической медицины. Так, студенты лечебного и педиатрического факультетов изучают на втором курсе вопросы общей психологии (36 часов), на четвертом — медицинской психологии (36 часов), на пятом (лечебный факультет) и шестом (педиатрический факультет) курсах — основы психотерапии (36 часов). На курсе психотерапии студенты знакомятся с основными уровнями, современными моделями, направлениями психотерапии, с конкретными методами, применяемыми в клинической практике как врачами-психотерапевтами, так и подготовленными клини-

ческими психологами. Изучение будущими врачами теории и практики психотерапии способствует развитию клинического мышления с позиций биопсихосоциальной концепции болезни, помогает им в дальнейшем в практической работе своевременно выявлять и направлять соответствующих больных к врачу-психотерапевту, а также пробуждает интерес к более углубленной подготовке по психотерапии в последующем. Вместе с тем сохраняются некоторые прежние проблемы. Предмет психотерапии по-прежнему не входит в обязательную официальную программу (учебный план) подготовки студентов в медицинском вузе. На факультете последипломного образования осуществляется профессиональная переподготовка врачей-психиатров по психотерапии, проводятся сертификационные циклы общего усовершенствования для врачей-психотерапевтов, циклы тематического усовершенствования для психологов по медицинской психологии. Современная психотерапия все более приобретает интердисциплинарный характер и используется не только врачами-психотерапевтами в лечении больных с невротическими, наркологическими, психосоматическими расстройствами, но также психологами в проведении психокоррекционных мероприятий по улучшению социальной адаптации личности. Многоуровневая подготовка по психотерапии обеспечивает наращивание необходимых для этого знаний и их профессиональное совершенствование.

Сравнение эффективности групповой и индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии в рамках комплексной терапии панических расстройств

Б.Д. Цыганков, Э.Г. Агасарян, Т.В. Лебедева

Московский государственный медико-стоматологический университет, СКБ № 8 «Клиника неврозов» им. З.П. Соловьева, Москва, Россия

Психофармакотерапия (ФТ) панического расстройства (ПР) недостаточно эффективна. Показано, что психотерапия

повышает эффективность ФТ при сочетанной терапии. Однако индивидуальная психотерапия трудоемка и редко доступна на стационарном этапе. Групповая терапия может быть доступной альтернативой индивидуальной психотерапии на стационарном этапе терапии ПР.

Целью исследования было определение сравнительной эффективности групповой и индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) ПР на стационарном этапе.

Материал и методы. Были обследованы 80 пациентов с ПР (45 женщин и 35 мужчин, средний возраст $30,3 \pm 5,6$ года), проходящих лечение в СКБ № 8 «Клиника неврозов». Для оценки эффективности терапии использовались шкала тревоги и тревожных приступов Шихана — РААС, опросник мобильности — МІ (для определения выраженности агорафобии). Все пациенты в зависимости от получаемой терапии были разделены на три группы: получающие только психофармакотерапию (ФТ — 29 человек); ФТ, комбинированную с индивидуальной КПТ (ФТ+ИТ — 25 человек), ФТ, комбинированную с групповой КПТ (ФТ+ГТ — 26 человек).

Результаты. В результате проведенной терапии во всех группах происходило значительное снижение показателей шкалы РААС. Наиболее низким этот показатель был в группе ФТ+ИТ ($14,3 \pm 5,2$), он статистически достоверно отличался от аналогичного показателя в группе ФТ ($21,8 \pm 4,3$). Уровень РААС в группе ФТ+ГТ ($18,5 \pm 4,6$) на момент окончания терапии был статистически достоверно ниже, чем в группе ФТ. Выраженность агорафобии на момент окончания терапии была минимальной в группе ИТ+ФТ ($33,6 \pm 2,9$), этот показатель был статистически достоверно ниже, чем в группе ФТ ($43,4 \pm 4,2$). У пациентов, получавших ГТ+ФТ ($38,4 \pm 3,0$), показатель был ниже, чем в группе ФТ.

Заключение. Применение психотерапии (как индивидуальной, так и групповой) повышает эффективность терапии ПР на стационарном этапе. ИТ несколько эффективнее групповой терапии в отношении выраженности панических атак и выраженности агорафобии. Однако ГТ более экономична и крайне удобна для проведения в стационарах.

**Клиническая психотерапия как основа подготовки
врачей-психотерапевтов на кафедре психиатрии,
наркологии и психотерапии
Московского государственного
медико-стоматологического университета**

Б.Д. Цыганков, Ю.Т. Джангильдин, Ю.В. Добровольская
*Московский государственный медико-стоматологический
университет, Россия*

В основе учебного направления кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии МГМСУ по специальности «психотерапия» изначально была заложена научно-теоретическая концепция клинической психотерапии, реализуемая с 2001 года в учебных программах профессиональной переподготовки и усовершенствования в рамках последипломного образования врачей психиатров, наркологов и психотерапевтов. С нашей точки зрения, в соответствии с этой концепцией профессиональное психотерапевтическое образование опирается на три основных принципа: 1) медицинская модель психотерапии как внутренняя потребность практической деятельности врача-психотерапевта; 2) место, занимаемое психотерапией в ряду других научно-медицинских дисциплин; 3) необходимость соблюдения научно-исследовательских основ образовательного процесса по психотерапии. Одной из главных причин необходимости соблюдения первого принципа является тот факт, что основной состав слушателей представлен врачами-психиатрами, психотерапевтами и наркологами, работающими в государственных учреждениях системы здравоохранения стационарного или амбулаторного профиля. Они оказывают психотерапевтическую помощь достаточно серьезно нарушенным пациентам и значительно реже — людям с непатологическими жизненными проблемами или донозологическими состояниями. Данное обстоятельство закономерно наполняет содержание учебного процесса медицинским смыслом психотерапевтической модели, основывающейся прежде всего на необходимости

тщательного клинико-психотерапевтического анализа каждого конкретного пациента, умения оценивать его состояние с позиций врача, обладающего высоким уровнем знаний по общей психопатологии, частной психиатрии, психофармакологии и другим разделам медицины. Второй принцип, определяющий выбор профессионального образования по психотерапии на основе медицинского подхода, исходит из нормативного положения этой специальности в ряду других медицинских дисциплин, принятого в отечественном здравоохранении. Во многих же зарубежных странах психотерапия регламентируется в качестве самостоятельной дисциплины и располагается в ряду гуманитарных сфер деятельности, в связи с чем современные методологические разногласия о сущности психотерапевтической дисциплины все настойчивее смещаются в сторону ее гуманитарного курса. Клиническая психотерапия, функционируя в рамках специальной медицинской дисциплины, не только рассматривает в качестве своего предмета проблемы «экзистенции и страдания», но обращается к целостной полифонической клинической картине, где общее и частное являются составными и неотъемлемыми ее элементами. Выделенный нами третий принцип подготовки психотерапевтов определяется необходимостью внедрения научно-исследовательской основы в образовательный процесс. Одной из сторон такого подхода является опора на ведущую научную деятельность кафедры по разработке психотерапевтических программ для стационарного этапа лечебной помощи пациентам с пограничной патологией. Полученные сотрудниками кафедры результаты исследований свидетельствуют, что психотерапевтические тактики на стационарном этапе характеризуются рядом общих психотерапевтических особенностей. Они реализуются в краткосрочных вариантах проведения в рамках групповых форматов, с необходимостью начала интенсивных психотерапевтических интервенций уже на ранних этапах госпитализации в комплексе с другими мерами лечебного воздействия. Сравнительный анализ эффективности используемых психотерапевтических методов

дает основания для вывода о преимуществе интегративно ориентированных подходов, включающих в себя, как правило, когнитивно-аналитические, экзистенциально-вдохновляющие и суггестивные техники при достаточно активной и структурированной организации лечебного процесса.

Такой клинически-ориентированный подход в подготовке врачей-психотерапевтов в наибольшей степени приближается к требованиям, предъявляемым к профессиональному образованию по врачебным специальностям в сфере медицинских дисциплин.

Аффективно-невротические проявления у спортсменов-паралимпийцев с поражением опорно-двигательного аппарата

Б.Д. Цыганков, Д.А. Марьясова, Г.Р. Иванова

*Московский государственный медико-стоматологический
университет, Россия*

В настоящее время спорт активно применяется в качестве средства психофизической и социальной реабилитации инвалидов с повреждением опорно-двигательного аппарата (ПОДА). Развитие невротической симптоматики вследствие перенесенного инвалидизирующего заболевания или травмы либо на фоне высоких тренировочных и соревновательных нагрузок является фактором риска дезадаптации таких больных, что обуславливает актуальность настоящего исследования.

Целью работы являлась оценка частоты встречаемости и выраженности невротической симптоматики у высококвалифицированных спортсменов-паралимпийцев.

Были обследованы 35 инвалидов с ПОДА, занимающихся спортом высших достижений (фехтование на колясках), со спортивными званиями не ниже кандидата в мастера спорта. 12 спортсменов являлись инвалидами детства, 23 спортсмена получили инвалидность в возрасте $17,2 \pm 4,2$ года вследствие заболевания либо травмы ОДА. Профессио-

нальную спортивную деятельность обследованные начинали в среднем в $23,5 \pm 5,8$ года, на момент обследования продолжительность спортивной карьеры составляла от 1,5 до 6 лет. Применялись клинико-психопатологический и психометрический методы. Обследование проводилось в тренировочный период.

Несмотря на высокие спортивные достижения и способность адекватно переносить значительные тренировочные нагрузки, у ряда спортсменов наблюдалась выраженная аффективно-невротическая симптоматика. У 17,1% обследованных была выявлена депрессивная симптоматика, соответствующая уровню умеренной депрессии и выше по шкале Бека (16 и более баллов). В 80,0% случаев было зарегистрировано повышение личностной тревожности по шкале Спилбергера (свыше 31 балла), у 14,3% спортсменов отмечалась высокая личностная тревожность с клинически значимой симптоматикой. Умеренный уровень ситуационной тревожности наблюдался у 8,6% обследованных.

В результате применения опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R было показано, что значимое повышение обобщенного индекса GSI, отражающего степень выраженности симптоматики, свойственно 17,1% паралимпийцев. Чаще всего отмечалось повышение по шкалам соматизации и обсессивности-компульсивности (25,4% обследованных), депрессивности (20,0%). Сравнение проводилось со средними данными для здоровых спортсменов.

Также у 31,4% обследованных наблюдался психоорганический синдром, характеризовавшийся умеренным снижением памяти и когнитивных способностей, аффективной лабильностью, ограничением объема внимания, повышенной отвлекаемостью, замедлением темпа мыслительных процессов.

На основании полученных результатов будут разработаны подходы к коррекции аффективно-невротической симптоматики у высококвалифицированных спортсменов.

Психическое здоровье населения Дальневосточного региона: актуальность изучения тревожных расстройств

А.Е. Чайкина, И.Г. Ульянов

Владивостокский государственный медицинский университет, ММУ Поликлиника № 12, г. Владивосток, Россия

В последнее время особый интерес врачей вызывает генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Актуальность его изучения продиктована распространенностью (6,5%) в общей популяции в течение жизни. ГТР характеризуется довольно ранним началом, затяжным, хроническим волнообразным течением, при котором спонтанные ремиссии отмечаются лишь у одной трети пациентов. ГТР плохо поддается лечению, несмотря на успехи психофармакологии, и входит в первую десятку заболеваний с наибольшей временной нетрудоспособностью.

ГТР часто остается нераспознанным и диагностируется с большим опозданием, особенно в общемедицинской сети. Больные, страдающие ГТР, составляют группу «трудных больных» и занимают третье место по количеству времени, отнимаемого у врача общей практики.

ГТР чаще встречается у женщин. Сложные экономические проблемы Дальневосточного региона усиливают зависимость психического здоровья жителей от социально-экономических условий Приморского края. Особенностью нашего региона является банкротство многих градообразующих предприятий, ярко выраженные диспропорции между территориальными и демографическими характеристиками региона. 60% территории находится в зонах с дискомфортными условиями жизни населения. В то же время изменить жизненную ситуацию достаточно сложно в связи с удаленностью региона, отсутствием господдержки населения (иммиграция в южные, более благоприятные регионы вызывает длительную жилищную неустроенность, невозможность иммиграции в другие регионы страны). Внутренний дискомфорт, тревога несут эмоционально отрицательную

нагрузку, обуславливая проблемы в межличностных контактах, тревожную реакцию на стресс, трудности адаптации, что формирует соматические проявления хронически высокого уровня тревоги. ГТР требует быстрой диагностики, что должны знать и обеспечивать врачи общего профиля, и проведения эффективной терапии, что включает в себя лечение антидепрессантами и когнитивную психотерапию, и это в полной мере может обеспечить только специализированная помощь врачом-психотерапевтом.

В 2010 году на базе отделения восстановительного лечения ММУ Поликлиники № 12 начато исследование, имеющее целью провести анализ факторов, фрустрирующих жителей края, дать сравнительную оценку уровня социальной дезадаптации в возрастных группах с учетом гендерных особенностей и разработать дифференцированную программу лечения генерализованного тревожного расстройства.

Актуальные вопросы исследования защитно-совладающего поведения у больных с невротическими расстройствами

С.В. Чаплыгина

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

В настоящее время большое внимание уделяется изучению стратегий поведения личности в стрессовых ситуациях и ситуациях эмоционального напряжения с целью преодоления угрозы физическому, личностному и социальному благополучию.

Научный интерес в исследованиях стратегий совладания направлен на изучение внутренних ресурсов человека. Актуальность исследования заключается в том, что человек использует большой арсенал стратегий, но не все они являются эффективными. Отношение к копинг-поведению как к стабильной личностной характеристике упрощает сложные взаимодействующие факторы, которые

определяют стратегии, предпочитаемые человеком. Современные исследователи полагают, что выбор стратегии совладания обусловлен большим количеством взаимосвязанных личностных переменных: самооценкой, личностной тревожностью, локусом контроля, уровнем интеллекта и т. п. Кроме того, значительное влияние на выбор копинг-поведения личности в сложной ситуации оказывают ее жизненный опыт, возрастные характеристики и половые различия. Проведенные исследования защитно-совладающего поведения у больных с неврозами показали его важное значение в этиопатогенетических механизмах возникновения и развития расстройства.

Данные показывают, что изучение копинг-поведения в качестве отдельного, независимого параметра представляется оторванным от реальности, оно должно учитывать уровни интеграции психических процессов и социально-психологических свойств личности.

Проведенное пилотажное исследование на материале 42 пациентов с невротическими расстройствами, в котором изучались копинг-поведение и психологические защиты, показало ряд корреляций психологических защит и копинг-механизмов: психологическая защита «интеллектуализация» коррелировала с такими копинг-механизмами, как «планирование решения проблем» и «положительная переоценка», а «регрессия» — с когнитивным избеганием и поиском социальной поддержки.

Результаты исследования дают основание предполагать, что совладающее поведение можно рассматривать в системе «копинг-поведение — психологическая защита». Дальнейшее исследование в этом направлении может способствовать более глубокому пониманию этиопатогенетических механизмов невротического расстройства и позволить повысить качество психотерапии.

Психологические аспекты отношения к болезни в процессе терапии соматоформных расстройств

А.И. Чижова, Д.В. Ковпак

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

По данным эпидемиологических исследований, до 80% популяции страдают теми или иными нарушениями, клинически проявляющимися в виде вегетативной дисфункции. Существует необходимость использования личностного подхода в диагностике соматоформных расстройств, так как личность пациента занимает центральное место как в патогенезе в виде причины, так и в лечении в качестве ресурса. В концепции В.Н. Мясищева психологический анализ предполагает рассмотрение трех компонентов: эмоционального, поведенческого и когнитивного. У больного создается модель заболевания, то есть представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которое определяет отношение к болезни и поведение в целом. Большинство авторов выделяют, по крайней мере, три фактора, влияющих на формирование отношения к болезни: 1) преморбидные особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы.

В нашем исследовании приняли участие 43 пациента, поступивших на стационарное лечение в ГПБ № 7 с диагнозами: соматизированное расстройство (F45.0) — 29 человек, ипохондрическое расстройство (F45.1) — 7 человек, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.2) — 3 человека, устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.3) — 4 человека. Среди них было 15 (34,9%) мужчин и 28 (65,1%) женщин. Среди испытуемых преобладали лица в возрасте от 22 до 43 лет, средний возраст составил $32,5 \pm 2,5$ года. Результаты исследования показали, что по методике «Шкала дисфункциональных отно-

шений» для пациентов с соматоформными расстройствами характерны иррациональные когнитивные установки катастрофичности, перфекционизма, оценочных отношений, сверхгенерализации, а также отмечается искажение когнитивных установок на невротическом уровне, которое отражает «дисфункцию базальных отношений» личности (Beck A.T., 1976). При исследовании личностных характеристик по методике «Гиссенский личностный опросник» выявлены: склонность к уступчивости, покорности, зависимости; педантичность, усердие, отсутствие склонности к легкомысленному поведению; депрессивный фон настроения; замкнутость, недоверие, отстраненность от окружающих; слабая способность к самоотдаче, формированию длительных привязанностей. Эти результаты соотносятся с данными авторов методики Гиссенский личностный опросник для группы больных с невротическими расстройствами.

«Интегративный тест тревожности» выявил высокую личностную тревожность, в два раза превышающую нормативные данные, и также высокую ситуативную тревожность. Актуальный психологический симптоматический статус, выявленный с помощью SCL-90-R, проявляется в таких показателях, как симптомы тревожного и депрессивного расстройств, их соматические и когнитивные корреляты, а также ощущения, отражающие телесные дисфункции (соматизация). Важно отметить, что уровень симптоматического дистресса у больных с соматоформным расстройством является самым высоким среди показателей других симптомокомплексов и отражает тенденции к преувеличению симптомов своего расстройства. Методика ТОБОЛ позволила определить ведущий тип отношения к болезни среди данной категории пациентов. Таким типом отношения к болезни у 44,8% пациентов с соматоформными расстройствами является неврастенический, то есть вспыльчивость, раздражительность, нетерпеливость в ожидании результата лечения, в обследовании. Вторым по частоте встречаемости типов отношения к болезни является ипохондрический, который в 11,2% встречается как «чистый тип». Для него характерно чрезмерное

внимание к субъективным ощущениям, их преувеличение, желание подробной диагностики и интенсивного лечения, в сочетании с сомнением в его успехе. Следует отметить, что в 89,8% диагностировались «смешанные» типы отношения к болезни. Практически в равных долях (от 15–17%) распределяются тревожный, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический типы отношения к болезни.

Данное исследование выявляет психологические аспекты, характерные для соматоформных расстройств. Формирование адекватного отношения к болезни является приоритетным направлением в психологической коррекции и психотерапии данного вида расстройств. Выделенные мишени психологической коррекции можно разделить на три основные группы: 1) особенности личности пациента (зависимость, педантичность, ригидность, тревожность, иррациональные когнитивные установки, тенденции к преувеличению симптомов); 2) соматическая и тревожно-депрессивная симптоматика; 3) дезадаптивные отношения в социальной сфере.

Арт-терапия в комплексной реабилитации дошкольников с задержкой психического развития

Н.А. Чурина, М.В. Злоказова

*Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

Ребенок с задержкой психического развития (ЗПР) дошкольного возраста имеет ряд когнитивных особенностей: недостаточно сформированный уровень вербально-логического мышления, произвольного внимания и речевой функции; страдает крупная и мелкая моторика (рисунки детей примитивны, диспропорциональны, им свойственны схематизм и бедность композиции). Отмечаются особенности эмоционально-волевой сферы (страхи, повышенная тревожность, агрессивность, упрямство, замкнутость, негативизм). Игровая деятельность характеризуется бедностью

воображения и творчества, сюжет игр тяготеет к стереотипам, преимущественно затрагивает бытовую тематику.

С целью коррекции указанных выше когнитивных особенностей с дошкольниками с ЗПР осуществлялась реабилитация в условиях детского дневного психиатрического стационара на базе детского сада № 159, при этом наряду с медикаментозным лечением проводилась психотерапия с использованием приемов арт-терапии. В 2009 году комплексная реабилитационная помощь была оказана 104 дошкольникам с ЗПР, среди них с сопутствующими эмоциональными и поведенческими расстройствами — 22,2% детей, с астеническим синдромом — 14,4%, неврозоподобными расстройствами — 4,8%.

До и после реабилитации дети осматривались психотерапевтом. Психологом проводилось экспериментально-психологическое обследование: внимания (методика «Перекодировка» из теста Векслера), мышления (невербальное мышление — тест Равена; вербальное — вербальный субтест адаптированного скрининг-теста школьной зрелости Йерасека), диагностика эмоциональной сферы (определение уровня тревожности — методика Сирса, наличие страхов — тест «Страхи в домиках»), определение уровня самооценки (методика «Лесенка», В.Г. Шур).

Групповая терапия с использованием методов арт-терапии проводилась 2 раза в неделю. Цикл состоял из 10–12 занятий в группах по 6–7 человек, длительностью 35 минут.

В реабилитации дошкольников использовались следующие виды арт-терапии:

А) Изотерапия — лечебное воздействие средствами изобразительного искусства: рисование, лепка, декоративно-прикладное искусство.

Б) Имаготерапия — лечебное воздействие через образ, театрализацию. Она проводилась в форме куклотерапии. Работа строилась на основе использования любимого персонажа или куклы ребенка, с которыми разыгрывались в лицах истории, связанные с проблемной ситуацией конкретного ребенка.

В) Сказкотерапия позволяла ребенку осознать свои проблемы и увидеть пути их решения.

Арт-терапевтические методики способствовали формированию у детей произвольной регуляции поведения; смягчали негативные черты (агрессивность, вспыльчивость, упрямство, замкнутость и др.), усиливали положительные качества характера, улучшали навыки общения со взрослыми и детьми в различных ситуациях; развивали общую и мелкую моторику; улучшали способность к концентрации, распределению и переключению внимания, зрительную, слуховую и вербальную память.

Арт-терапия развивала творческие способности: воображение, фантазию и сюжетно-ролевую игру.

Под влиянием групповой терапии с использованием арт-терапии у дошкольников с ЗПР улучшился эмоциональный фон: дети стали более общительны, уменьшилось количество конфликтов, возросла активность на занятиях. Интерес к результатам творчества со стороны окружающих взрослых и детей, принятие ими продуктов художественной деятельности пациентов (рисунков, поделок, мини-спектаклей, проигрывание различных ролей с куклами) повышали самооценку и улучшали адаптацию ребенка в социуме.

Данные психологической диагностики дошкольников с ЗПР после проведения комплексной реабилитации с использованием арттерапии свидетельствует о том, что у детей достоверно ($p < 0,001$) улучшились показатели внимания с 26,3 до 34,8, вербального мышления — с 16,2 до 20,4 балла, невербального — с 24,7 до 29,8; уменьшилось количество страхов — с 17,2 до 15,1; значительно снизился уровень тревожности — с 4,9 до 3,4 балла; произошла нормализация самооценки у 73,2% дошкольников.

Полученные сведения подтверждают целесообразность применения методов психотерапевтической и психологической коррекции с использованием арт-терапии в комплексной реабилитации дошкольников с ЗПР.

Тики: между неврозом и резидуально-органической патологией

Л.С. Чутко

*Институт мозга человека РАН им. Н.П. Бехтеревой,
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая
медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия*

Несмотря на исследования отечественных и зарубежных авторов, нет единой точки зрения на этиологию, патогенез, клинические проявления и лечение тиков. По мнению А. Дж. Лис (1989), тики продолжают оставаться *terraincognita*, неуютно расположившейся между неисследованными пограничными областями неврологии и психиатрии. В этиопатогенезе тиков играют роль генетические и иммунные механизмы, перинатальная патология, а также психосоциальные факторы. Всегда следует иметь в виду возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга.

По мнению J. Leckman и соавт. (1997), в патогенезе тиков играют роль как наследственные факторы, так и факторы, неблагоприятно влияющие на развивающийся мозг: прием стимуляторов центральной нервной системы материю во время беременности, стрессы во время беременности, тяжелая тошнота и рвота на фоне гестоза, а также прием противорвотных средств. Наследственный дефект делает ребенка более уязвимым по отношению к патологическим факторам, действующим в перинатальном периоде. Наиболее часто появление тиков связывают с нейротрансмиттерными и нейромедиаторными нарушениями, при этом наиболее популярной является дофаминергическая гипотеза патогенеза.

Ведущей роли психогенных факторов в генезе тиков уделялось внимание в начале и середине прошлого века. Так, психоаналитики считали тики символическим выражением внутреннего конфликта. Скорее всего, психологические влияния играют роль провоцирующего или усиливающего фактора. Нами проведен анализ наличия психотравми-

рующих обстоятельств в анамнезе у больных с тиками. Так, острые психотравмы, предшествовавшие появлению тиков (внезапный испуг и др.), отмечались, по словам пациентов или их родителей, в 13% случаев. Хронические психотравмирующие обстоятельства отмечались в 44% случаев. В 8,5% случаев заболевание появилось после первых дней обучения в школе («тики первого сентября»).

В клинической практике мы условно выделяем невротическую (психогенную) форму, при которой тики провоцируются психотравмирующей ситуацией, и неврозоподобную, возникающую без психогенных воздействий. В отличие от невротических тиков, неврозоподобные тики более монотонны, однотипны и зачастую провоцируются соматическими факторами, астенией, психомоторным возбуждением. Проведенные нами исследования позволили диагностировать невротическую форму у 55,7% пациентов с тиками, а неврозоподобную — в 44,3% случаев. При этом во всех случаях предполагается возможность наследственной или резидуально-органической основы заболевания. По нашим наблюдениям, невротические тики чаще носят преходящий характер, в то время как неврозоподобные имеют тенденцию к хронизации.

Применение игровой терапии в коррекции тревожно-фобических расстройств у дошкольников с задержкой психического развития

Ю.В. Шабалина, М.В. Злоказова

*Кировская государственная медицинская академия,
Кировская областная клиническая психиатрическая
больница им. В.М. Бехтерева, г. Киров, Россия*

Тревожно-фобическая симптоматика достаточно распространена в детском возрасте. При психологическом и психиатрическом обследовании эмоционально-волевой сферы 156 дошкольников 5–7 лет с задержкой психического развития (ЗПР) и общим недоразвитием речи, посещавших

детский сад № 159, у 93,2% обследованных была выявлена нестабильность эмоционально-волевой сферы, из них в 40,5% случаев наблюдались тревожно-фобические расстройства с повышенным уровнем тревожности и значительным количеством страхов.

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности комплексной реабилитации с применением игровой терапии тревожно-фобических расстройств у 72 дошкольников с ЗПР подготовительных групп компенсирующего обучения 7 вида, в условиях детского дневного психиатрического стационара (ДДПС), функционирующего на базе детского сада № 159 г. Кирова. Детей до и после прохождения курса полипрофессиональной реабилитации с использованием психологической коррекции осматривали психиатр и психолог, проводилось экспериментально-психологическое обследование для выявления уровня тревожности — по методике Сирса, наличие страхов определялось по тесту «Страхи в домиках» (М.А. Панфилова). Для статистической обработки результатов использовался критерий Стьюдента.

Игровая терапия является одним из методов коррекции тревожно-фобических расстройств, так как игра — это естественная потребность детей любого возраста. В игре дошкольники легко делают то, что для них полезно, и то, что еще не умеют делать в реальной жизни. Игровая терапия — это процесс совместного с ребенком проживания и осмысления какой-либо жизненно важной ситуации в игровой форме. С помощью игры корригируются эмоциональные и личностные нарушения (страх, тревога, агрессия, неадекватная самооценка и др.).

Игровая терапия проводилась 2 раза в неделю. Цикл состоял из 12 занятий в группах по 6–8 человек, длительность занятия 35 минут. Большинство занятий проводилось от лица «куклы-перчатки». Каждое занятие имело определенную структуру: ритуал приветствия, разминка, основная часть (включала в себя 3–4 игры), рефлексия, ритуал прощания.

Игротерапия включала в себя подвижные и сюжетно-ролевые игры, игры с мячом, арттерапию, сказкотерапию, психогимнастику, куклотерапию, песочную терапию.

Об эффективности проведенной комплексной коррекции с применением игровой терапии свидетельствовало достоверное уменьшение среднего количества страхов у дошкольников с ЗПР с 16,7 — до коррекции, до 13,8 — после коррекции, и достоверное снижение уровня тревожности с 5,7 балла до 3,9 балла ($p < 0,001$). При повторном осмотре психиатром отмечалось улучшение эмоционального фона и коммуникативных навыков у дошкольников, возрастание активности на занятиях и уменьшение количества конфликтов.

Полученные данные подтверждают, что игротерапия является эффективным методом коррекции тревожно-фобических расстройств у дошкольников с ЗПР.

К вопросу о психофизиологических особенностях механизмов психологической адаптации у больных с невротическими расстройствами

И.И. Шаруда

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

Жизнь человека в современном обществе связана с постоянным ростом стрессогенных факторов, которые при определенных условиях приводят к «срыву» адаптационных возможностей и формированию нервно-психических заболеваний. В зависимости от индивидуальных особенностей человеческого организма одни и те же события жизни могут иметь различную стрессовую нагрузку. Существенной характеристикой системы адаптации личности являются механизмы совладания и защиты.

По мнению ведущих исследователей, совладающее поведение понимается как адаптивное и зрелое поведение. В последнее время проводится все больше междисципли-

нарных исследований копинг-стратегий на стыке медицинской психологии и психофизиологии.

В настоящее время существуют разные способы исследования физиологических изменений при эмоциональных изменениях, и одним из наиболее часто применяемых методов является моделирование эмоциональных состояний и регистрация различных физиологических сдвигов, возникающих в связи с этими состояниями (Карвасарский Б.Д., 1990). Среди методов регистрации таких сдвигов обычно используется электроэнцефалография (ЭЭГ).

Несмотря на интерес ученых к вопросу изучения взаимосвязи механизмов психологической и физиологической адаптации больных с разными нервно-психическими заболеваниями, таких работ явно недостаточно. В связи с этим исследование копинг-стратегий при взаимосвязи механизмов психологической и биологической адаптации больных с невротическими расстройствами является достаточно актуальным.

Планируется исследование с целью изучения различных механизмов совладания со стрессом с учетом особенностей интрапсихической проблематики и биоэлектрической активности мозга у больных с невротическими расстройствами.

Дегидроэпиандростерона сульфат как биологический маркер эффективности лечения у комбатантов

Е.Ю. Шейченко, С.А. Колов

*Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн,
г. Волгоград, Россия*

В условиях, когда отсутствуют признанные большинством психиатров и психотерапевтов методы лечения и реабилитации, часто подбираемые эмпирически, актуальным является вопрос о параметрах, которые могли бы предсказать и объективизировать эффективность того или иного метода лечения и реабилитации. Особенно это важно в

условиях применения краткосрочных методов терапии, а также у тяжелых пациентов, когда симптоматика редуцируется медленно, а решение о продолжении лечения должно приниматься быстро.

Целью данного исследования было проверить предположение о том, что дегидроэпиандростерона сульфат (ДГЭА-С) может служить биологическим маркером эффективности проводимой терапии.

Материалы и методы. В группе из 45 комбатантов, проходивших лечение в психотерапевтическом отделении Волгоградского госпиталя ветеранов, было проведено исследование ДГЭА-С и оценена динамика психопатологических показателей до и сразу после лечения (30 дней), с последующим одномерным двухфакторным дисперсионным анализом, где за зависимую переменную приняли уровень ПТСР в данной выборке участников боевых действий, за независимую переменную были приняты показатели двух факторов, влияющих на изменение ПТСР. 1-й — концентрация ДГЭА-С на трех уровнях, выделенных на основе среднеквадратичного отклонения: низком (менее 2 мкмоль/л), среднем (2–7 мкмоль/л) и высоком (более 7 мкмоль/л), 2-й — прохождение лечебно-реабилитационного процесса комбатантами.

Результаты. Было выявлено, что показатель ДГЭА-С является значимым параметром, влияющим на уровень ПТСР ($r = 0,018$, $p < 0,01$ и сила $\eta^2 = 0,10$), чем выше его показатели, тем меньше выраженность симптомов ПТСР. Но он являлся менее значимым по сравнению со 2-м фактором «лечение» ($r = 0,0043$), при этом совместное влияние двух факторов (ДГЭА-С и фактора проведенного лечения) на ПТСР было самым значительным ($r = 0,00028$, $p < 0,0001$ и силой $\eta^2 = 0,20$).

Полученные данные подтвердили гипотезу о возможности использования параметров ДГЭА-С в качестве объективных, биологических показателей эффективности проводимого лечения.

Интегративная семейная психотерапия: ответ на вызовы современности

Э.Г. Эйдемиллер

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, Россия*

*Нет ничего лучше, чем хорошая теория.
Кредо физиков*

Основная тенденция в развитии современной психотерапии — соединение (интеграция) теорий и психотехнологических приемов их воплощения. Для решения этой задачи представляется необходимым уточнение таких понятий, как интеграция, эклектика, комплексность, синтетизм, плюрализм, мульти-, полимодальность и др.

Об интеграции можно говорить с полным основанием только в том случае, если создаются методы и модели психотерапии, которые основываются на схожих механизмах психотерапевтического и психокоррекционного воздействий.

В созданной мною модели аналитико-системной семейной психотерапии (совместно с Н.В. Александровой) выступили в качестве базисного теоретического концепта: 1. Психоанализ. 2. Психология отношений и личностно-реконструктивная психотерапия. 3. Системный и нарративный подходы.

Этот список необходимо дополнить привлечением синергетического подхода и теории «детерминистского хаоса».

Сказанное выше позволит сделать семейную психотерапию более доказательной, а следовательно, и более эффективной.

Биография Б.Д. Карвасарского



Борис Дмитриевич Карвасарский родился 3 февраля 1931 года. В 1954 году закончил Военно-морскую медицинскую академию в г. Ленинграде. После окончания ВММА служил на Северном флоте ВМФ начальником медицинской службы эсминцев «Отчаянный» и «Огненный». После окончания службы в 1957 году поступил в аспирантуру Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института (ЛНИПИ) им. В.М. Бехтерева. С этого времени про-

фессиональная деятельность Бориса Дмитриевича неразрывно связана с НИПНИ им. В.М. Бехтерева, где он продолжает работать. В настоящее время профессор Б.Д. Карвасарский является научным руководителем Отделения неврозов и психотерапии, которое создавалось при его активном участии.

Одновременно, по совместительству, Борис Дмитриевич преподавал на факультете психологии Ленинградского государственного университета (ЛГУ) с 1965 по 1975 год. По сути дела, им были заложены основы преподавания медицинской психологии, сформулирована концепция участия психолога в психотерапии и здравоохранении.

В 1967 году Борис Дмитриевич защитил докторскую диссертацию на тему: «Патогенетические механизмы и дифференциальная диагностика головных болей в клинике неврозов». В 1969 году в ЛНИПИ им. В.М. Бехтерева он возглавил отделение неврозов и психотерапии. Созданная им биопсихосоциальная концепция неврозов представляет собой методологию и практику диагностики и лечения этой

распространенной группы заболеваний и получила широкое признание в нашей стране и за рубежом. Концепция опубликована в монографии «Неврозы» (1-е изд. — 1980 г, 2-е изд. — 1990 г.).

Борис Дмитриевич проявил себя как крупный организатор образовательной деятельности в сфере медицинской психологии. Он организовал, и длительное время руководил в ЛГУ специализацией по медицинской психологии, обобщив свой опыт работы в монографии «Медицинская психология» (1982 г.). С 1982 по 1993 год Борис Дмитриевич работал по совместительству в Ленинградском государственном институте усовершенствования врачей (Санкт-Петербургская медицинская академия последиplomного образования), где организовал кафедру психотерапии. На базе этой кафедры в 1993 году в системе институтов усовершенствования врачей была создана первая самостоятельная кафедра медицинской психологии. В дальнейшем курс детско-подростковой психотерапии кафедры психотерапии был преобразован в кафедру детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. В настоящее время все три кафедры возглавляются его учениками.

Результатом последующей исследовательской деятельности Б.Д. Карвасарского явилось создание ведущего направления психотерапии в стране — современной концепции личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, изложенной в монографии «Психотерапия» (1985 г.). Основные главы этой монографии были изданы в США.

Являясь с 1986 года главным психотерапевтом Министерства здравоохранения РСФСР, а затем и руководителем Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии, Борис Дмитриевич заложил основы широкой современной инфраструктуры психотерапевтической помощи населению, создал институт главных психотерапевтов в регионах РФ, организовал их подготовку и усовершенствование. Под его руководством в ряде регионов созданы крупные психотерапевтические центры, позволившие значительно улучшить психотерапевтическое об-

служивание населения и повысить квалификацию врачей и психологов. Борис Дмитриевич являлся руководителем ряда международных психотерапевтических программ, в том числе с учеными Германии (Университет г. Франкфурта) и США (Университет Хофстра г. Нью-Йорка).

Б.Д. Карвасарский – автор 215 научных работ, 24 из них опубликованы за рубежом, автор 14 монографий; автор и главный редактор 7 энциклопедий и учебников: «Психотерапевтическая энциклопедия» (1999, 2002, 2006 гг.), «Психотерапия» – учебник (2000, 2002, 2007 гг.), «Клиническая психология» – учебник для студентов медицинских вузов и психологических факультетов (2002, 2005, 2006, 2010 гг.) и др.; редактор и соредатор 14 тематических сборников научных трудов по проблемам неврозов, психотерапии и медицинской психологии. Под руководством Бориса Дмитриевича Карвасарского защищено более 100 кандидатских диссертаций, он является научным консультантом 23 докторских диссертаций.

Ныне Борис Дмитриевич широко известный российский медицинский психолог и психотерапевт, возглавляет ленинградскую/санкт-петербургскую школу психотерапии.

Борис Дмитриевич – доктор медицинских наук (1967), профессор (1971), заслуженный деятель науки РФ (1996). Он является почетным президентом созданной им Российской психотерапевтической ассоциации и главным специалистом-экспертом по психотерапии Росздравнадзора МЗ и СР РФ. Награжден орденом «Знак почета» (1981), медалью ордена «За заслуги перед Отечеством II степени» (2007).

Отзывы на труды Б.Д. Карвасарского

Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей.— М.: Медицина, 1980; 1990

Работа Б.Д. Карвасарского отличается клинической полнотой и мастерством разработки превентивно-реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение и лечение неврозов. Думается, что эта хорошая и нужная не только психиатрам и невропатологам, но и специалистам других областей медицины, психологам, психотерапевтам и педагогам книга заслуживает самой высокой оценки.

Г.К. Ушаков (Москва)

Монография отражает современное состояние неврологии в Советском Союзе. По сравнению с прежними работами в этой области в нее включены новые концепции, тщательно разработана патогенетическая концепция индивидуальных и групповых форм психотерапии неврозов и определены перспективы дальнейшего развития. Речь идет о книге основополагающего характера, которая представляет в СССР своего рода переломный момент в развитии этой области психиатрии.

С. Кратохвил (Чехия)

В руководстве на основе многолетних оригинальных исследований и наблюдений, на отличном знании мировой литературы рассматривается на современном уровне проблема неврозов, имеющая вечную актуальность и приобретающая все большее значение... Книга, о которой можно сказать, что это истинная современная энциклопедия по такой неисчерпаемой проблеме, как неврозы. Ценность ее увеличивает то обстоятельство, что

самые сложные вопросы современной неврологии излагаются в ней строго научно.

*Ж. Неврология, психиатрия и неврохирургия
(Болгария)*

***Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. —
Л.: Медицина, 1982***

Глубокоуважаемый Борис Дмитриевич! Сердечно благодарю Вас за присланную «Медицинскую психологию». Я с интересом ее прочитал и думаю, что в ближайших номерах Корсаковского журнала мы сможем дать на нее рецензию.

акад. А.В. Снежневский (Москва)

Борису Дмитриевичу Карвасарскому, под впечатлением от его книги «Медицинская психология» и с искренним пожеланием дальнейших творческих успехов.

акад. П. В. Симонов (Москва)

Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985

Глубокоуважаемый Борис Дмитриевич! Большое спасибо за присланную Вами Вашу книгу. В отечественной литературе она представляет, пожалуй, первый капитальный труд в этой области нашей науки.

акад. А.В. Снежневский (Москва)

Рецензируемая монография исключительно информативна, содержит богатейший литературный материал и новейшие данные по современным психотерапевтическим методикам. Фактически ее можно назвать психотерапевти-

ческой энциклопедией — в ней систематизирован и обобщен большой опыт применения групповых форм психотерапии в Советском Союзе. Выходом данной книги ознаменован новый этап развития современных форм психотерапии.

Н.К. Липгарт (Харьков)

Рецензируемая монография является итогом многолетних исследований и практического опыта автора в области психотерапии. В «Психотерапии», органически связанной с ранее опубликованными монографиями «Неврозы» и «Медицинская психология», автор с позиций интердисциплинарного подхода с большой полнотой освещает проблемы, достижения и основные тенденции развития современной психотерапии.

М.Э. Телешевская (Москва)

Глубокоуважаемый Борис Дмитриевич! Я Вам очень благодарна за книгу «Психотерапия». Я начала ее читать, прочла только первые 2 главы; мне кажутся они убедительными и интересными.

Б.В. Зейгарник (Москва)

Настоящая работа, принадлежащая одному из наиболее выдающихся исследователей психотерапии в Советском Союзе, служит примером тех перемен, которые в настоящее время происходят в концептуализации и лечении психически больных в этой стране. В самом деле, повидимому, вновь возникшая модель психического заболевания в Советском Союзе не очень значительно отличается от нашей биопсихосоциальной модели и вполне может служить общей почвой для кросс-культуральных исследований психотерапии с участием Советского Союза и Соединенных Штатов.

Джордж Л. Пономарев (Калифорния, США)

***Психотерапевтическая энциклопедия. Под редакцией
Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 1998; 2002; 2005***

Следуя лучшим энциклопедическим традициям, авторы сумели избежать тенденциозности в подаче материала (что очень нелегко при крайней разнородности течений и методов), поэтому данная книга может быть расценена как корректный и объективный источник информации. С ее помощью читатель составит достаточно полное и систематизированное представление об истории, предмете и методах психотерапии. Разумеется, энциклопедия не может служить исчерпывающим источником, а тем более практическим руководством. Но она формирует те основы научно-практического мировоззрения, на которых только и возможно расширенное самообразование и совершенствование личного мастерства.

Книга, безусловно, получилась полезная и обреченная на популярность. Авторитетный редакционный и авторский состав, доступность изложения позволяют говорить о ней как о крупном прорыве сквозь многолетний барьер полумалчивания и примитивизации психотерапии на официальном уровне. Этот прорыв вносит свою лепту в преодоление беспрецедентного распространения окологипнотических и зачастую шарлатанских «целительских» методов в России.

С.С. Степанов (Москва)

Приятно узнать о том, что завершена работа над энциклопедией психотерапий. Я могу представить, какой это титанический труд, и преклоняюсь перед Вашей трудоспособностью. Сейчас психотерапевтический «рынок» еще во многом стихийный и состоит из «диких» и «наивных» психотерапевтов. Второй момент заключается в том, что в условиях тотальной «компетентности» все склонны применять элементы того или другого вида психотерапии, что по сути означает поверхностное знакомство и не более. А Ваше ру-

ководство по психотерапиям и авторитет даст возможность создать определенную нормативность в этом вопросе, то есть будет хорошая классификационная система. Я думаю, что эти книги станут у большинства специалистов настольными.

Н.А. Корнетов (Томск)

Ряд статей, вошедших в энциклопедию, подготовлен на основании научных публикаций, переданных главному редактору крупнейшими специалистами западных стран — проф. М. Пере (директор Психологического института при Университете г. Фрайбурга, Швейцария), проф. В. Лаутербахом (директор Психологического института при Университете г. Франкфурта-на-Майне, Германия), проф. Г. Кассиновом (директор отдела Университета Хофстра, Нью-Йорк), проф. Х. Куртисом (президент Американской психоаналитической ассоциации), а также ведущими психотерапевтами Польши (проф. С. Ледер), Чехии (С. Кратохвил) и др.

Из предисловия к книге

Оглавление

Предисловие	3
Карвасарский Б.Д. <i>Невротические и неврозоподобные расстройства: опыт мультидисциплинарного исследования в клинических и терапевтических целях</i>	6
Александров А.А. <i>Индивидуальная патогенетическая психотерапия: современная модель</i>	10
Александров А.Ю., Николаев Е.Л. <i>Опыт Чувашского университета в подготовке специалистов, компетентных в области невротических расстройств</i>	12
Александров А.Ю., Николаев Е.Л. <i>Особенности аффективного контроля у учителей и врачей как мишени психотерапии и психопрофилактики</i>	13
Александрова Н.В., Городнова М.Ю. <i>Особенности супервизии в последипломной подготовке психотерапевтов</i>	15
Алексеев Б.Е., Белоус И.М. <i>Проблема комплайенса у пациентов с депрессивными расстройствами и сексуальными дисфункциями</i>	16
Алексеева А.Е. <i>К вопросу о дифференциальной диагностике истериформных и истерических расстройств у детей</i>	17
Ананьева Н.И., Бабурин И.Н., Дубинина Е.Е., Караваева Т.А., Слёзин В.Б., Соколян Н.А., Чехлатый Е.И. <i>Невротические и неврозоподобные расстройства: нейрофизиологическая, нейропсихологическая, лучевая и нейрохимическая диагностика</i>	19
Антохин Е.Ю., Авеличев В.К. <i>Ранняя ипохондризация невротических расстройств как предиктор затяжного течения</i>	22
Бабин С.М. <i>Психотерапия как фактор сохранения концепции невроза</i>	23
Бабина Н.Г. <i>Библиотерапия в комплексном лечении больных с невротическими расстройствами</i>	25
Бабинцева Т.В., Злоказова М.В. <i>Психокоррекционная работа с пациентами отделения пограничных состояний</i>	26
Балакирева Е.А., Ндегва И., Махиня Е.С., Балакирева А.И., Неретина А.Ф. <i>Невротические расстройства у детей раннего возраста</i>	29

Балунов О.А., Лукина Л.В., Ситник Л.И., Сафонова Н.Ю. <i>Конверсионные расстройства в практике врача-невролога</i>	30
Баранова О.В. <i>Применение психопрофилактической программы «Экватор» на основе биологически-обратной связи в условиях детского дневного психиатрического стационара</i>	31
Бардюркина В.А., Антохин Е.Ю. <i>Возможности контент-аналитической диагностики при невротических расстройствах</i>	34
Бочарова И.А. <i>О работе Балинтовской группы в условиях детского дневного психиатрического стационара</i>	36
Бубнова И.В., Назырова А.Р., Яковис А.С. <i>О совершенствовании клинической психологической диагностики при психотерапии невротических расстройств</i>	38
Булатова Т.В., Багаев В.И. <i>Структура психотерапевтической службы в г. Кирове и области</i>	40
Бундало Н.Л., Малюткина Е.П. <i>Клинические проявления ПТСР при утрате лиц экстраординарной значимости</i>	43
Васильева А.В., Полторак С.В. <i>Соотношение психотерапии и фармакотерапии на модели затяжных невротических расстройств</i>	44
Васильева А.В., Харин П.В. <i>Исследование глубинно-психологических свойств личности больных с невротическими расстройствами и их динамики в процессе групповой психотерапии</i>	46
Вишневетская Е.В. <i>Психофизиологическая диагностика эмоциональной компетентности у больных неврозом как основание для определения задач психотерапевтического воздействия</i>	48
Воеводин И.В. <i>Краткосрочная психотерапия невротических расстройств на начальном этапе реабилитации наркозависимых</i>	49
Волгина Т.А. <i>Адаптация и валидизация русскоязычной краткой версии опросника оценки уровня тревоги о здоровье</i>	51
Воскресенский Б.А. <i>Неврозы и расстройства шизофренического спектра (к проблеме психогенеза психических расстройств)</i>	52
Гарганеев С.В. <i>Факторы прогнозирования зависимостей у подростков в динамике невротических и поведенческих расстройств</i>	54

Гельд А.Л. <i>Исследование корреляций четырех факторов алекситимии у больных с тревожными и фобическими расстройствами</i>	55
Генайло С.П., Косенко Е.А. <i>Характеристика преморбида при посттравматическом стрессовом расстройстве</i>	57
Гнездилов А.В. <i>Арт-терапия в клинике терминальных онкологических больных</i>	58
Голуб С.Н., Ульянов И.Г. <i>Превентивная психодиагностика в проблеме развития невротических расстройств при домашнем насилии</i>	60
Гуреева И.Л. <i>Роль жизненных установок в формировании панических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистой патологией</i>	61
Гусева Н.В. <i>Психотерапевтическая работа с созависимыми пациентами</i>	63
Есина О.Б. <i>Исследование уровня идентификации специалистами различных психических расстройств</i>	65
Журавлёв Я.С., Антохин Е.Ю., Нечаева М.В., Кузина А.В. <i>Роль возрастного фактора в структуре копинг-поведения больных невротозами</i>	66
Зайцев В.В., Хмылова Т.Н. <i>Сочетание когнитивно-поведенческой терапии и арт-терапии при лечении пациентов с хроническими обсессивно-компульсивными расстройствами</i>	68
Зайченко А.А., Белозерова О.О. <i>Краткосрочная танцевальная терапия смешанного тревожного и депрессивного расстройства у женщин</i>	69
Зельдина Е.А. <i>Дискурсивный подход в терапии невротозов</i>	71
Иванова С.А., Семке В.Я. <i>Концепция аллоstaticкой перегрузки при невротических расстройствах</i>	72
Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В. <i>Об опыте применения психотерапии в реабилитации комбатантов с пограничными психическими расстройствами</i>	74
Кадырова Т.М., Борболдоев Б.А. <i>Нозологическая представленность «невротического развития личности» в контексте МКБ-10</i>	77

Караваяева Т.А., Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Вьюнова Т.С., Мастакова О.А. <i>Ретроспективный анализ изменения клинических и экспериментально-психологических характеристик невротических расстройств</i>	78
Козловская Л.И. <i>Невроз как проявление адаптации в социуме за счет ближайшего окружения</i>	81
Колов С.А. <i>Изучение силы эффекта психотерапевтического воздействия при реабилитации комбатантов</i>	82
Колотильщикова Е.А. <i>К решению дифференциально-диагностических задач при невротических расстройствах экспериментально-психологическими методами</i>	84
Конищев А.С., Шамов С.А., Старкова И.В. <i>Клинические типы ремиссий хронического алкоголизма</i>	86
Корнетов Н.А., Сорокина А.В. <i>Сочетанность тревожных и депрессивных расстройств</i>	87
Коротаева Ж.Е., Князева Л.В. <i>Состояние эмоционального статуса у сосудистых больных в Республике Коми</i>	89
Косенко Е.А., Генайло С.П. <i>Варианты нарушения адаптации в зависимости от характера невротических проявлений при посттравматических стрессовых расстройствах</i>	90
Костылева Н.В. <i>Психокоррекционная работа с родителями детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью</i>	92
Кремлева О.В. <i>Психосоциальные факторы патоморфоза неврозов</i> 95	
Крюкова О.Н. <i>Опыт работы психотерапевтической службы в Центре реабилитации «Вятские Увалы»</i>	96
Курпатов В.И., Осипова С.А. <i>Психогенно обусловленные расстройства: патогенез и саногенез</i>	98
Курпатов В.И., Осипова С.А., Колчина В.В. <i>Теория личности в интегративной личностно-реконструктивной психотерапии</i>	100
Леденцова С.С., Рукавишников Г.В., Петрова Н.Н., Смирнова И.О. <i>Скрининг психических расстройств у пациентов с угрозовой болезнью</i>	101
Леонтьева С.С. <i>Психологическая помощь родителям перед хирургической коррекцией врожденного порока сердца у ребенка</i> ...103	

Лутова Н.Б. <i>Новые подходы к терапии комплайенса</i>	104
Лысенко И.С. <i>Анализ внутриличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами, различающихся по выраженности симптоматики, типу и длительности заболевания</i>	106
Малкова Е.Е. <i>Особенности тревожности школьников при патологии невротического уровня</i>	108
Манучарян Ю.Г., Хохлов Л.К. <i>К систематике неврозов и других психогений</i>	109
Маринчева Л.П., Злоказова М.В. <i>Об эффективности использования психотерапии в комплексном лечении подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы</i>	111
Марута Н.А., Панько Т.В., Федченко В.Ю., Каленская Г.Ю. <i>Неврозогенез тревожно-фобических расстройств (клинико-психопатологический и патопсихологический аспекты)</i>	113
Марута Н.А., Семикина Е.Е., Каленская Г.Ю., Малюта Л.В. <i>Особенности психотерапевтического лечения депрессий при аффективных расстройствах</i>	114
Марута И.А., Явдак И.А., Череднякова Е.С. <i>Факторы формирования суицидального риска у больных с тревожно-депрессивными расстройствами пожилого возраста</i>	116
Маслова О.И., Мазурова Н.В., Лазуренко С.Б. <i>Комплексный подход к коррекции невротических проявлений у детей</i>	117
Менделевич В.Д. <i>Антиципационная концепция неврозогенеза: от теории к практике</i>	119
Метелева Л.П., Булатова Т.В. <i>Работа психотерапевта в Гериатрическом центре</i>	120
Мизинова Е.В. <i>Динамика социально-психологических характеристик личности больных с невротическими расстройствами в период с середины 1980-х по 2010 год и их влияние на характер и степень выраженности психопатологической симптоматики</i>	122
Мисютина В.В. <i>О возможности использования психосоциальных адаптационных ресурсов больных дисциркуляторной энцефалопатией при проведении психотерапевтических и психокоррекционных программ</i>	124

- Михайлов Б.В., Кудинова Е.И. *Концептуальная модель формирования соматоформных расстройств*..... 126
- Михайлов В.А., Ерошина Е.С., Табулина С.Д., Вассерман Л.И., Громов С.А., Коровина С.А. *Невротические расстройства при височной эпилепсии* 127
- Михайлов В.А., Табулина С.Д., Вассерман Л.И., Громов С.А., Коровина С.А. *Депрессивные и тревожные расстройства при эпилепсии*..... 129
- Мухачёв С.Н., Чеснокова Л.П., Иноземцева Е.Д., Лебедева Т.В. *Гипербарическая оксигенация у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством* 133
- Назыров Р.К. *О клинической психотерапии неврозов*..... 134
- Назыров Р.К., Ляшковская С.В., Бубнова И.В. *Результаты исследования методики клинико-психотерапевтического анализа психотерапевтического случая при проведении психотерапевтического лечения пациентов с невротическими расстройствами*..... 138
- Назыров Р.К., Холявко В.В., Ляшковская С.В., Ремесло М.Б., Сазонов В.Я., Ташлыков В.А., Федоряка Д.А. *Психотерапевтический контракт при работе с пациентами с невротическими расстройствами*..... 140
- Немых Л.С. *Динамические силы стресса в эволюции поведенческих паттернов*..... 143
- Никитина В.В., Нужный Е.П., Маевская Е.Г., Блашко Э.Л. *Биохимические маркеры метаболических расстройств и сосудистых нарушений у пациентов с цереброваскулярной патологией с невротическими расстройствами*..... 145
- Никишина В.Б., Запесоцкая И.В. *Невротическая природа алкогольной зависимости у женщин* 146
- Николаев В.М., Петрова Е.В., Бусыгин А.И. *Психологическая характеристика больных ПТСР*..... 148
- Николаев Е.Л., Орлов Ф.В., Козлов А.Б., Макарова М.Н. *О составе полипрофессиональных бригад при оказании помощи больным с невротическими расстройствами* 149
- Нюхалов Г.А. *Первичное интервью и анкета «История жизни» в экзистенциальной психотерапии* 151

Овсянников С.А. Особенности формирования концепции неврозов... 152	152
Одинцова Г.В., Сайкова Л.А. Проблема невротических расстройств в клинике эпилепсии у женщин..... 153	153
Оршанская М.В. Гештальт-подход в терапии детских неврозов ... 155	155
Остапенко А.В., Колов С.А. Возможности психологической диагностики постбоевых стрессовых расстройств..... 157	157
Павловский И.О., Калганов С.П. Активный и пассивный выбор психотерапевтической помощи пациентами с невротическими расстройствами и ее эффективность..... 158	158
Палкин Ю.Р., Оганесян Н.Ю., Горбачёва О.Н. Танцевальная психотерапия в лечении больных с невротическими расстройствами..... 160	160
Пирогова О.В. Применение метода серийных рисунков и рассказов в практике детского психотерапевта 161	161
Польская Н.А. Онтогенетические основы самоповреждающего поведения..... 163	163
Полякова Е.О., Цыганков Б.Д., Кадушина Е.Б., Трайбер Л.В. Панические расстройства в амбулаторной кардиологической практике..... 165	165
Полякова Е.О., Цыганков Б.Д., Трайбер Л.В., Кадушина Е.Б., Иванова Г.Р. Пограничные психические расстройства тревожного спектра в амбулаторной кардиологической практике 166	166
Потапов О.В., Ульянов И.Г. Модифицированная экзистенциальная психотерапия расстройств адаптации макросоциального генеза 168	168
Прищепа С.И., Грач М.Н. Случай лечения обсессивно-компульсивного расстройства с использованием семейной психотерапии 170	170
Раевский А.А. Эмоциональный компонент в структуре психического состояния пожилого человека..... 173	173
Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А. Возможности перестройки отношений личности у больных с невротическими расстройствами при лечебных стимуляциях 174	174
Ремесло М.Б., Медведева Н.С. Динамика клинико-лингвистических показателей у больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии 176	176

Романов Д.В. <i>Проблемы диагностики невротических расстройств</i>	178
Романов Д.В., Баранов В.С., Носачев И.Г., Стрельник С.Н., Пудиков И.В., Хайретдинов О.З., Смирнова Д.А. <i>Преподавание неврологии в структуре до- и последипломного образования врачей</i>	179
Романов С.Н., Николаев Е.Л. <i>Клинико-психологическая проблема неврозов в контексте послевузовского и дополнительного образования</i>	180
Рюмин В.Г. <i>Влияние работы в арт-терапевтической группе на эмоциональное состояние больных с невротическими расстройствами в условиях специализированного психиатрического отделения</i>	182
Садкова Ю.С. <i>Психотерапия психических расстройств</i>	183
Сарайкин Д.М. <i>Мотивационная структура у больных с невротическими расстройствами</i>	185
Сафонова Н.Ю. <i>Конверсионные расстройства и данные МРТ головного мозга (имеют ли конверсии органический субстрат?)</i>	187
Сафонова Н.Ю., Семенова Н.В. <i>Особенности неврозоподобных расстройств у больных пожилого возраста с цереброваскулярной болезнью</i>	188
Сафонова Н.Ю., Ситник Л.И., Лукина Л.В. <i>Клинико-психологические особенности дифференциальной диагностики конверсионных синдромов и органических поражений головного мозга</i>	189
Сахаров Е.А. <i>Невротические расстройства при беременности</i>	191
Сгибов В.Н. <i>Комплексная терапия невротических расстройств в негосударственном учреждении здравоохранения «Научно-практический центр “Психотерапия”»</i>	192
Семенова Н.В. <i>Основные эпидемиологические показатели невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у населения Ленинградской области в 2000–2009 годах</i>	194
Семенова Н.В., Киселев А.С. <i>Возрастная и гендерная структура распространенности невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у населения Ленинградской области в 2000–2009 годах</i>	196

Семенова Н.В., Лупинов И.В. <i>Анализ первичной заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами населения Ленинградской области в 2000–2009 годах</i>	198
Скрицкая Т.В. <i>Психологические особенности адаптации к беременности</i>	199
Слабинский В.Ю., Подсадный С.А. <i>К вопросу о патогенезе ПТСР</i>	201
Сметанников П.Г., Игнатович А.А. <i>Роль психотерапии в процессе лечения психических расстройств обратного развития (инволюционных)</i>	202
Смирнова Д.А. <i>Работа с системой смыслов в психотерапии невротических депрессий</i>	205
Смирнова С.В., Овчинникова И.В., Логинов Ю.А., Андреева Т.М. <i>Механизмы психологической защиты у больных с невротическими расстройствами</i>	206
Соловьева С.Л., Бурштейн А.В. <i>Роль изучения аффективно-когнитивных комплексов в контексте целостной психической деятельности у больных алкоголизмом при проведении психотерапии</i>	209
Стоянова И.Я., Семке В.Я. <i>Психологические особенности пациенток с невротическими расстройствами и созависимостью</i>	211
Строганов А.Е. <i>«Психотерапевтический монтаж» и его применение в лечении невротических расстройств</i>	212
Суховершин А.В., Пантин А.В., Подорогин А.В., Куликов В.П., Беспалов А.Г. <i>Санаторно-курортное лечение больных с невротическими расстройствами с применением гиперкапнической гипоксии</i>	214
Табулина С.Д., Михайлов В.А., Вассерман Л.И., Миронова Е.Н. <i>Социальная фрустрированность при эпилепсии</i>	215
Ташлыков В.А. <i>Признание существования неврастении: за и против</i>	219
Толмачева М.С., Злоказова М.В. <i>Групповая игровая психотерапия как способ коррекции эмоциональных и коммуникативных нарушений у дошкольников с заиканием</i>	220
Третьяк Л.Л. <i>Гештальт-подход в патогенетической терапии невротических депрессий</i>	222

- Тукаев Р.Д. *Современная концептуализация психотерапевтических мишеней. Переходные процессы психического гомеостаза как мишени в универсальной гипнотерапии*224
- Турсунова К.Б., Чутко Л.С. *Психоэмоциональные расстройства при хронической цервикокраниалгии*226
- Туруспекова С.Т., Илиев Р.Т., Оразалиева Г.Е. *Терапия неврозоподобного синдрома у больных с гиперкинезами различной этиологии*227
- Тушкова К.В., Бундало Н.Л. *Клинико-психологические различия ПТСР различной степени тяжести у мужчин и женщин*229
- Ульянов И.Г., Потапов О.В. *К вопросу клинических взаимоотношений невротических расстройств и расстройств адаптации макросоциального генеза*.....230
- Федоров А.П. *Когнитивно-поведенческая психотерапия при невротических расстройствах (перспективы развития)*.....232
- Фефёлкина Н.С., Курако Л.В. *Клинико-неврологическое и нейропсихологическое обследование детей в резидуальном периоде перинатальной патологии центральной нервной системы*234
- Фефёлкина Н.С., Курако Л.В. *Тикозные гиперкинезы в резидуальном периоде перинатальной энцефалопатии*236
- Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В. *Комплексное лечение психосоматических расстройств методами психотерапии, иглорефлексотерапии и психофармакотерапии в условиях соматического стационара*.....236
- Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В. *Распространенность пограничных психических расстройств среди населения, проживающего на территориях, прилегающих к потенциально опасным объектам*.....239
- Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Курбанова Е.Н. *Психическое здоровье детей без компенсации перинатальных поражений центральной нервной системы к одному году жизни, личностные особенности их родителей и детско-материнские отношения*.....241
- Холявко В.В., Калганов С.П., Медведева Н.С. *Клинические и клинико-психологические особенности пациентов с невротическими*

<i>расстройствами, выбирающих психотерапевтическую модель помощи</i>	242
Хорошавина О.В. <i>Социальное функционирование семей, воспитывающих детей-инвалидов с умеренной умственной отсталостью</i>	244
Хохлов Л.К., Манучарян Ю.Г. <i>Психотерапия в системе подготовке врача</i>	246
Цыганков Б.Д., Агасарян Э.Г., Лебедева Т.В. <i>Сравнение эффективности групповой и индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии в рамках комплексной терапии панических расстройств</i>	247
Цыганков Б.Д., Джангильдин Ю.Т., Добровольская Ю.В. <i>Клиническая психотерапия как основа подготовки врачей-психотерапевтов на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии Московского государственного медико-стоматологического университета</i>	249
Цыганков Б.Д., Марьясова Д.А., Иванова Г.Р. <i>Аффективно-невротические проявления у спортсменов-паралимпийцев с поражением опорно-двигательного аппарата</i>	251
Чайкина А.Е., Ульянов И.Г. <i>Психическое здоровье населения Дальневосточного региона: актуальность изучения тревожных расстройств</i>	252
Чаплыгина С.В. <i>Актуальные вопросы исследования защитно-совладающего поведения у больных с невротическими расстройствами</i>	254
Чижова А.И., Ковпак Д.В. <i>Психологические аспекты отношения к болезни в процессе терапии соматоформных расстройств</i>	255
Чурина Н.А., Злоказова М.В. <i>Арт-терапия в комплексной реабилитации дошкольников с задержкой психического развития</i>	258
Чутко Л.С. <i>Тики: между неврозом и резидуально-органической патологией</i>	260
Шабалина Ю.В., Злоказова М.В. <i>Применение игровой терапии в коррекции тревожно-фобических расстройств у дошкольников с задержкой психического развития</i>	262

Шаруда И.И. <i>К вопросу о психофизиологических особенностях механизмов психологической адаптации у больных с невротическими расстройствами</i>	264
Шейченко Е.Ю., Колов С.А. <i>Дегидроэпиандростерона сульфат как биологический маркер эффективности лечения у комбатантов</i>	265
Эйдемиллер Э.Г. <i>Интегративная семейная психотерапия: ответ на вызовы современности</i>	266
<i>Биография Б.Д. Карвасарского</i>	268
<i>Отзывы на труды Б.Д. Карвасарского</i>	271

Научное издание

Материалы
научно-практической конференции
с международным участием
НЕВРОЗЫ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.
НОВЫЕ КОНЦЕПЦИИ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ
3–4 февраля 2011 года
Санкт-Петербург

Ответственный редактор: Н.В. Семенова
Компьютерная верстка: В.Ю. Шувалова
Корректор: И.В. Стефанович

Подписано в печать 26.01.2011. Формат 60x84/16.
Полнотекстовое издание на электронном носителе (CD).
Заказ 207/11. Тираж 300 экз.

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3.
Тел./факс (812) 365-20-80.
E-mail: onmi@bekhterev.ru

ISBN 978-5-94651-057-8



9 785946 510578 >