

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. акад. И. П. ПАВЛОВА

# УЧЕНЫЕ ЗАПИСКИ

Санкт-Петербургского государственного  
медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

Главный редактор  
Н. А. ЯИЦКИЙ

Том XVIII · № 4 · 2011

ИЗДАТЕЛЬСТВО СПбГМУ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
2011

## РЕДКОЛЛЕГИЯ

Главный редактор –  
Н. А. Яицкий – акад. РАМН  
Зам. главного редактора –  
Э. Э. Звартау – д. м. н., проф.  
Ответственный секретарь –  
Л. А. Алексина – д. м. н., проф.  
Б. В. Афанасьев – д. м. н., проф.  
Е. Р. Баранцевич – д. м. н., проф.  
Н. И. Вишняков – д. м. н., проф.  
А. Я. Гриненко – д. м. н., проф.  
В. В. Гриценко – д. м. н., проф.  
Ю. Д. Игнатов – акад. РАМН  
М. М. Илькович – д. м. н., проф.  
А. И. Крылова – к. м. н., доцент  
Н. Г. Незнанов – д. м. н., проф.  
Н. Н. Петрищев – д. м. н., проф.  
Ю. С. Полушин – д. м. н., проф.  
М. Г. Рыбакова – д. м. н., проф.  
С. А. Симбирцев – д. м. н., проф.  
А. В. Смирнов – д. м. н., проф.  
В. В. Тец – д. м. н., проф.  
В. В. Томсон – д. м. н., проф.  
А. А. Тотолян – д. м. н., проф.  
В. Н. Трезубов – д. м. н., проф.  
Е. В. Шляхто – чл.-корр. РАМН

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Э. К. Айламазян – акад. РАМН (Санкт-Петербург)  
С. Х. Аль-Шукри – д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)  
Ю. С. Астахов – д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)  
В. Л. Быков – д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)  
А. А. Воробьев – акад. РАМН (Москва)  
Г. И. Воробьев – акад. РАМН (Москва)  
А. М. Дыгай – д. м. н., проф. (Томск)  
Н. В. Корнилов – чл.-корр. РАМН (Санкт-Петербург)  
М. Т. Луценко – д. м. н., проф. (Благовещенск)  
Л. В. Поташов – чл.-корр. РАМН (Санкт-Петербург)  
М. Р. Сапин – акад. РАМН (Москва)  
В. М. Седов – д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)  
С. Б. Середенин – акад. РАМН (Москва)  
А. А. Скоромец – акад. РАМН (Санкт-Петербург)  
М. М. Соловьев – д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)  
А. С. Тиганов – акад. РАМН (Москва)  
Г. Б. Федосеев – чл.-корр. РАМН (Санкт-Петербург)  
И. С. Фрейдлин – чл.-корр. РАМН (Санкт-Петербург)  
Н. А. Яицкий – акад. РАМН (Санкт-Петербург)  
Э. С. Габриелян – акад. (Ереван)  
В. Н. Гурин – акад. БАН (Минск)  
Г. Г. Лежава – д. м. н., проф. (Тбилиси)  
Jan M. van Ree (Нидерланды)  
F. De Rosa (Италия)  
George E. Woody (США)  
James A. Hoxie (США)  
Ian Frank (США)  
A. Zander (Германия)

Решением Высшей Аттестационной Комиссии (ВАК) Министерства образования и науки РФ журнал «Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Редактор *Л. А. Алексина*  
Обложка и художественное оформление *Е. В. Корнилова*  
Компьютерная верстка и подготовка оригинал-макета *А. А. Чиркова*  
Корректор *В. А. Черникова*

---

Журнал зарегистрирован  
Государственным комитетом Российской Федерации по печати.  
Свидетельство № 017631 от 22 мая 1998 г.  
Подписано в печать 25.11.2011. Формат бумаги 60x90<sup>1/8</sup>.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Тираж 1000 экз. № 761/11. Заказ .....  
Издательство СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова,  
197089, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8.

# СОДЕРЖАНИЕ

## Обзоры и лекции

О. С. Антипова

РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА И ХРОНИЧЕСКАЯ МИГРЕНЬ:  
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ ..... 7

О. А. Исаченкова

РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В МИРЕ  
И ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ ..... 9

В. А. Родионова

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ ..... 10

И. М. Спивак

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ КРЕАТИВНОСТИ И ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ..... 11

Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев

СИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ИЗУЧЕНИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОМОГАЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ  
В ПСИХИАТРИИ ..... 14

## Организация здравоохранения

Н. И. Вишняков, А. М. Кужель, О. Б. Строгонова

СОЧЕТАНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ..... 16

## Оригинальные работы

Г. О. Андреева, А. Ю. Емельянов

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ,  
СТРАДАЮЩИХ НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ..... 19

Е. Ю. Антохин

ДИАГНОСТИКА И ПУТИ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ  
САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ..... 20

М. П. Билецкая, М. И. Бурлакова

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ..... 23

Л. В. Бородкина

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЦЕПТИВНОЙ УЯЗВИМОСТИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ..... 25

Н. П. Ванчакова, А. В. Смирнов, Н. В. Красильникова, Е. А. Вацкель, Н. О. Ананичев

КОГНИТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ ГОТОВНОСТИ К ПРОСЛУШИВАНИЮ ОБЪЕКТОВ АУДИОТЕРАПИИ  
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПОЧЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ  
НА ЛЕЧЕБНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ..... 27

Н. П. Ванчакова, И. В. Тельнюк, В. А. Худик

РОЛЬ ПЕДАГОГИКИ САМООБРАЗОВАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ... 30

И. В. Воеводин

РОЛЬ ПСИХОТРАВМЫ В ФОРМИРОВАНИИ АДДИКТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ  
У СТУДЕНТОВ ..... 31

С. В. Гарганеев

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ  
С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ ..... 34

Л. В. Горина, Р. А. Либис, Е. Ю. Антохин ПЕРЕНОСИМОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ .....	36
Н. А. Корнетов КОМОРБИДНОСТЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ – ТИПИЧНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ .....	38
Р. А. Кудрин, Е. В. Лифанова, М. Ю. Будников ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ОПЕРАТОРОВ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ ОБЪЕКТОВ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ИНТЕЛЛЕКТА .....	40
В. А. Куприянова, А. Г. Захарчук, Д. Л. Спивак ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗЕРВЫ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ .....	42
И. В. Курьшева ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МУЗЫКАЛЬНО-ТВОРЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ЭСТЕТИКО-СЕМИОТИЧЕСКИЙ ПОДХОД .....	44
Е. Е. Малкова ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ И ИХ СВЯЗЬ С ТРЕВОГОЙ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ .....	48
М. Е. Мельников, О. С. Шубина ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ У НАРКОЗАВИСИМЫХ: ВОЗМОЖНЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПОДХОД К ИЗМЕРЕНИЮ ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКА ИЖС .....	50
Ю. М. Миланич РАБОТА КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА С МАТЕРЯМИ НА ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ .....	52
В. Я. Палаткин ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ФОРМЫ НАЛТРЕКСОНА И ГУАНФАЦИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ .....	54
Н. А. Панина ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ О ВОСПИТАНИИ У КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ .....	55
Н. Н. Петрова, И. О. Смирнова, Н. Н. Кузьмич АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ .....	58
М. Л. Поспелова СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ .....	59
А. В. Розов, Н. П. Ванчакова, И. В. Вологодина ПРИМЕНЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ВОПРОСЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ) .....	61
Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ .....	64
Э. П. Станько, С. А. Игумнов, Д. Э. Станько, А. П. Гелда КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ СТАТУСОМ .....	66
Ж. И. Трафимчик, А. О. Болбасов КОМПЬЮТЕРНАЯ АДДИКЦИЯ У МОЛОДЕЖИ: СПЕЦИФИКА И ПРОФИЛАКТИКА .....	69

А. А. Тюрина	
ТЕРАПИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ РАЗЛИЧНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ФОРМАМИ НАЛТРЕКСОНА ...	71
Н. В. Яльцева, Н. И. Коршунов, Е. А. Григорьева, Ю. С. Филатова, Е. В. Речкина	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА ЯРОСЛАВЛЯ .....	76
Н. С. Щербак, Д. А. Овчинников, А. Н. Кузьменков, Е. Р. Баранцевич., В. В. Томсон, Е. В. Шляхто	
КЛЕТОЧНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ И АКТИВНОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ОТДЕЛЬНЫХ СТРУКТУРАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЕСЧАНОК МОНГОЛЬСКИХ ( <i>MERIONES UNGUICULATUS</i> ) .....	79
И. П. Артюхов, М. М. Петрова, И. О. Логинова, Д. С. Каскаева	
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КАК ИДЕОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДОЙ ВУЗА .....	82
В. В. Ахметова, Т. П. Злова	
ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ .....	83
Л. В. Веретило	
КОЭФФИЦИЕНТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ КАК ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКОГОЛИЗМА .....	85
И. В. Жужгова, Е. В. Осадчая, А. О. Оконская, И. М. Улюкин	
НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ .....	86
О. А. Исаченкова	
ВАРИАНТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ .....	87
С. Н. Козлова, А. А. Краснов	
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....	89
О. А. Курамшина, А. Я. Крюкова, Л. В. Габбасова, А. Ш. Нафикова	
СИНДРОМ АСТЕНИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ....	91
А. Я. Крюкова, О. А. Курамшина, Л. В. Габбасова	
СИНДРОМЫ БОЛИ, НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ .....	92
А. Я. Крюкова, С. В. Быковский, Л. В. Габбасова, О. А. Курамшина, Л. С. Тувалева, Г. М. Сахаутдинова, Р. С. Низамутдинова, А. А. Камалова	
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА МЕТОДОМ ВАРИАЦИОННОГО АНАЛИЗА РИТМА СЕРДЦА .....	94
А. Я. Крюкова, А. Ш. Нафикова, О. А. Курамшина, Л. В. Габбасова	
ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ .....	96
А. М. Халиль	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ .....	97
<b>Клинические наблюдения</b>	
Н. А. Метляева	
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ТЯЖЕЛОЙ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ И МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ В АВАРИИ ЧАЭС (25 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ) .....	100

## **Краткие сообщения**

Н. М. Бушара

СРАВНЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ  
С РИСКОВАННЫМ УРОВНЕМ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И РИСКОВАННЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ  
ПОВЕДЕНИЕМ ПРОГРАММЕ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ «ИНТЕРВЕНЦИИ  
ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ» .....103

В. В. Глущенко, В. Н. Яковлев

ВАРИАНТЫ СИНДРОМА ДЕРЕАЛИЗАЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ .....104

Л. А. Дубинина, И. Ю. Бакман, А. С. Киселёв

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ  
В ПЕРИОД СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ .....106

В. Н. Прокудин

ЧЕТЫРЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ ГКБ № 36 МОСКВЫ .....107

© О. С. Антипова, 2011 г.  
УДК 616.895+616.857-036.12

**О. С. Антипова**

## **РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА И ХРОНИЧЕСКАЯ МИГРЕНЬ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ**

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Предметом нашего рассмотрения являются вопросы патогенетической коморбидности и взаимного влияния хронической мигрени (ХМ) и расстройств аффективного спектра (РАС), в первую очередь, депрессии. По данным многочисленных исследований [3, 7, 9, 10, 20, 21], депрессия и мигрень имеют общие генетические предпосылки и нейробиологические механизмы развития и хронизации.

Под хронической мигренью понимается состояние, при котором мигренозная головная боль возникает в течение 15 или более дней в месяц на протяжении 3 месяцев и более при отсутствии лекарственного злоупотребления [13]. Согласно определению Международной классификации головной боли 2 пересмотра (МКГБ-II), хроническую мигрень относят к разделу 1.5 – «Осложнения мигрени», наряду с такими состояниями, как мигренозный статус, персистирующая аура без инфаркта, мигренозный инфаркт, а также эпилептический припадок, вызванный мигренью. Важно подчеркнуть, что однозначного представления о роли коморбидной аффективной патологии в трансформации эпизодических мигренозных болей в хронические не существует. В большинстве работ [8, 14, 15, 17, 18, 20–22] высокий уровень взаимосвязи ХМ и РАС, скорее, констатируется на основании данных эпидемиологических исследований, чем системно изучается. Многие авторитетные в этой области исследователи [16, 18, 22] считают, что наличие у больного мигренью тревожного расстройства и, что более важно, депрессии, резко повышает риск хронизации болевого синдрома. Другие авторы [10] не находят такой связи. Остается неизученной роль фактора биполярности в процессе хронизации мигрени [19]. Определенно можно сказать только одно: уровень коморбидности ХМ и РАС чрезвычайно высок, причем при хронических и трансформированных формах заболевания он достигает 80–90% в сравнении с 60–70% при эпизодических формах мигрени [15, 17, 18]. Обсуждая результаты эпидемиологических исследований [9, 10, 15, 17, 20, 22], необходимо подчеркнуть, что выявление того или иного аффективного расстройства на основании операциональных диагностических критериев зачастую приводит к искусственному разделению депрессии и тревожных расстройств [4, 5]. В современных классификациях болезней тревожные расстройства все чаще рассматриваются как самостоятельные нозологические

единицы, хотя в реальной клинической практике этим диагностическим критериям могут соответствовать стертые, атипичные, соматизированные и маскированные депрессивные эпизоды, либо резидуальная симптоматика после перенесенного депрессивного эпизода [4, 5, 24]. В этой связи интересны результаты собственных клинических наблюдений, согласно которым наличие у пациента с мигренью в молодом возрасте субаффективных колебаний с превалированием тревожной и психовегетативной симптоматики, а также приступов мигрени, ассоциированных с тревожно-вегетативными пароксизмами, существенно повышает риск развития развернутых эпизодов тревожной депрессии после 35–40 лет. В отношении ХМ и РАС пока не проведено системных проспективных исследований, которые подтвердили бы концепцию двунаправленных взаимоотношений, общепризнанную для депрессии и эпизодической мигрени [9, 10]. В то же время в единичных работах [14] убедительно показано, что ХМ часто сочетается именно с хроническими и затяжными формами депрессии. Предполагается, что это связано с наличием общих для мигрени и депрессии факторов хронизации [16]. К ним относят генетическую предрасположенность к хроническому типу течения [11], женский пол [16, 17], наличие резидуальной органической «почвы» [1], ожирение [8], хронический дистресс умеренной интенсивности, который приводит к нарушениям в системе моноаминовой регуляции, усугублению явлений центральной сенситизации, нарушению процессов нейрональной пластичности, истощению стресслимитирующих систем [1, 7, 18]. В ряде работ [1, 2, 7, 18] наличие коморбидной аффективной патологии при ХМ рассматривают в качестве фактора неблагоприятного прогноза в отношении эффективности стандартной фармакотерапии мигрени. Вообще стандарты лечения ХМ отсутствуют, а в рекомендациях по профилактической терапии ХМ определяющим в тактике ведения пациентов является лечение коморбидных аффективных расстройств [2]. При этом только 20–30% пациентов с ХМ получают адекватную терапию по поводу коморбидной аффективной патологии [17]. Нередким для этой категории пациентов является отказ от лечения, что в ряде случаев является проявлением парасуицидального поведения [18]. В качестве независимого предиктора хронизации мигрени принято выделять алиментарное ожирение, к которому приводят длительно существующие расстройства пищевого поведения [8]. В последнее время при обсуждении механизмов хронизации мигрени большое значение придается психологическим особенностям пациентов [6, 23]. Многие авторы отмечают факт накопления стрессовых и психотравмирующих событий в ходе жизненной истории таких больных [17, 21]. Имеются сведения о роли дисфункционального характера отношений в микросоциальном окружении пациента, недостаточно развитых коммуникативных навыков и навыков проблемно разрешающего поведения, дезадаптивных стратегиях преодоления стресса, воспитания в «болевах» семьях [6, 17, 21, 23]. Больные ХМ отличаются сочетанием высокого уровня личност-

ной тревожности самбидиозностью, исполнительностью, аффективной ригидностью, обидчивостью и перфекционизмом [6, 23]. В мотивационной сфере эти пациенты фиксированы на достижении результата, обычно успешно добиваются значительных жизненных целей. В структуре самооценки больных ХМ большое место занимает социальный статус и профессиональная успешность. Именно поэтому даже пациенты с частыми и тяжелыми мигренозными атаками продолжают работать, активно участвовать в социальной жизни, стремятся сохранить прежний уровень достижений [6]. Социальная тревожность может проявляться в виде страха ожидания мигренозного приступа и заблаговременного приема противомигренозных средств. Во многих случаях это способствует злоупотреблению комбинированными анальгетиками и/или триптанами, формированию абюзных головных болей и трансформации эпизодической мигрени в хроническую. Избыточное употребление симптоматических противомигренозных средств или комбинированных анальгетиков, возможно, является одной из причин того, что приступы мигрени учащаются и приобретают характер смешанной головной боли, сочетая себе признаки мигрени и головной боли напряжения.

Среди всего спектра вопросов коморбидности ХМ и РАС особый интерес представляет изучение единых патогенетических звеньев, роли хронического стресса, а также системных изменений психофизиологической реактивности организма в развитии и хронизации мигрени и депрессии. Дальнейшее изучение механизмов патогенеза и структурно-динамических особенностей аффективных расстройств у больных хронической мигренью поможет оптимизировать подходы к диагностике и терапии, повысить качество жизни пациентов и улучшить прогноз этого тяжелого заболевания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Азимова, Ю. Э. Рефрактерная мигрень : от патогенеза к рациональной терапии / Ю. Э. Азимова, М. В. Маргулис, Г. Р. Табеева // Росс. мед. журн. – 2010. – Т. 18. – № 16. – С. 981–986.
2. Артеменко, А. Р. Хроническая мигрень : клиника, патогенез, лечение : дисс. ... д-ра мед. наук / А. Р. Артеменко. – М., 2010. – 205 с.
3. Данилов, Ал. Б. Психофизиологическое исследование мигрени (динамика нейрофизиологического паттерна, соотношение ноцицептивных и антиноцицептивных систем, центральные механизмы действия аспирина) : автореф. дисс. ... канд. мед. наук А. Б. Данилов. – М., 1997. – 24 с.
4. Краснов, В. Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии / В. Н. Краснов // Соц. и клин. психиатрия. – 2008. – Т. 18. – Вып. 3. – С. 33–38.
5. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М. : Практическая медицина, 2011. – 432 с.
6. Осипова, В. В. Психологические аспекты боли / В. В. Осипова // Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика. – 2010. – № 1. – С. 4–8.
7. Табеева, Г. Р. Мигрень / Г. Р. Табеева, Н. Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 624 с.
8. Bigal, M. E. Chronic daily headache in tertiary care population: correlation between the International headache Society diagnostic criteria and proposed revisions of criteria for chronic daily headache / M. E. Bigal, F. D. Sheftell, A. M. Rapoport // Cephalgia. – 2002. – Vol. 22. – P. 432–438.
9. Breslau, N. Migraine and major depression: a longitudinal study / N. Breslau [et al] // Headache. – 1994. – Vol. 34. – P. 387–393.
10. Breslau, N. The impact of migraine: epidemiology, risk factors, and co-morbidities / N. Breslau, N. Rasmussen // Neurology. – 2001. – Vol. 56 (6 Suppl. 1). – P. 4–12.
11. Catarci, T. Migraine and heredity / T. Catarci, F. Clifford Rose // Pathological Biology. – 1992. – Vol. 40. – № 4. – P. 284–286.
12. Endicott, N. A. Psychophysiological correlates of «bipolarity» / N. A. Endicott // J. Affective Disorders. – 1989. – Vol. 17. – № 1. – P. 47–56.
13. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders (2<sup>nd</sup> ed.) // Cephalgia. – 2004. – Vol. 24 (Suppl. 1). – P. 1–160.
14. Hung, C. I. The impacts of migraine, anxiety disorders, and chronic depression on quality of life in psychiatric outpatients with major depressive disorders / C. I. Hung [et al] // J. Psychosom. Res. – 2008. – Vol. 27. – № 2. – P. 135–142.
15. Gentili, C. Psychiatric comorbidity and chronicisation in primary headache / C. Gentili, P. Panicucci, M. Guazzelli // J. Headache Pain. – 2005. – Vol. 6. – № 4. – P. 338–340.
16. Katsarava, Z. Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine / Z. Katsarava, S. Schneeweiss, T. Kurth // Neurology. – 2004. – Vol. 62. – P. 788–790.
17. Lipton, R. B. Tracing transformation: chronic migraine classification, progression, and epidemiology / R. B. Lipton // Neurology. – 2009. – Vol. 72 (5 Suppl). – P. 3–7.
18. Pompili, M. Psychiatric comorbidity and suicide risk in patients with chronic migraine / M. Pompili [et al] // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2010. – Vol. 6. – P. 81–91.
19. Robbins, L. Headache – the bipolar spectrum in migraine patients / L. Robbins, C. Ludmer // Am. J. Pain Mgmt. – 2000. – Vol. 10. – P. 167–170.
20. Silberstein, S. D. Practice parameter : evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review) : report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology / S. D. Silberstein // Neurology. – 2000. – Vol. 55. – P. 754–762.
21. Stewart, W. F. The Frequent Headache Epidemiology study (FrHE) : Stressful life events and risk of chronic daily headache / W. F. Stewart, A. I. Scher, R. B. Lipton // Neurology. – 2001. – Vol. 56. – № 8. – P. 138–139.
22. Wang, S. J. Comorbidity of headaches and depression in the elderly / S. J. Wang [et al] // Pain. – 1999. – Vol. 82. – № 3. – P. 239–243.
23. Wolff, H. Personality features and reactions of subjects with migraine / H. Wolff // Arch. Neurol. Psychiatry. – 1937. – Vol. 37. – P. 895–921.
24. Winokur, G. The types of affective disorders / G. Winokur // J. Nev. Ment. Dis. – 1973. – Vol. 156. – № 2. – P. 82–96.



© О. А. Исаченкова, 2011 г.  
УДК 616.89(047.1)+338.45

**О. А. Исаченкова**

## **РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В МИРЕ И ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ**

Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

Психиатрия консультирования и взаимодействия возникла как область психосоматики в 20–30-х гг. XX в. в Австрии и Германии и получила дальнейшее развитие в США, на базе психобиологической школы психиатрии А. Майера, который придавал важное значение в лечении изучению биографии больного человека как средства понимания его личности. Таким образом, она впитала в себя идеи психобиологии и психосоматики – двух концептуальных направлений, которые отстаивали холистическую точку зрения на человека и ратовали за сотрудничество между психиатрией и общей медициной.

В ее названии, заимствованном из названия Отделения психиатрического взаимодействия университетской клиники штата Колорадо, заключены два взаимосвязанных аспекта, а именно: консультирование, подразумевающее консультирование пациента, учитывая его психическое состояние и поведение, и взаимодействие, подразумевающее взаимодействие групп профессионалов (медики, психологи, социальные работники и т. д.) с целью эффективного сотрудничества для достижения общего результата.

В конце 70-х гг. прошлого столетия это направление получило новый импульс своего развития в результате предложенной Энгелем биопсихосоциальной модели развития человека, учитывающей не только биологические и психологические, но и социальные факторы в развитии, течении и исходе соматических и психических расстройств.

В 1988 г. в Марбурге (Германия) была создана Европейская рабочая группа консультирования и взаимодействия по психиатрии и психосоматике в госпиталях широкого профиля. Основной ее целью являлось сотрудничество в клинических и исследовательских программах, для того чтобы улучшить психологическую и психиатрическую помощь в медицинских учреждениях широкого профиля. В 1997 г. она расширилась и преобразовалась в «Европейскую ассоциацию психиатрии консультирования – взаимодействия и психосоматики, объединяющую специалистов в 56 клиниках из 13 европейских стран. В настоящее время в рамках ассоциации созданы специальные инициативные группы по следующим тематикам: «Психоонкология», «Межкультуральная психиатрия», «Психодерматология». Ассоциация имеет свой сайт ([www.eaclpp.org](http://www.eaclpp.org)) и печатный журнал «Journal of Psycho-

somatic Research» ([www.jpsychores.com](http://www.jpsychores.com)). Она активно сотрудничает с Европейской Ассоциацией Психосоматической Медицины, Европейской Психиатрической Ассоциацией и другими медицинскими и общественными структурами, занимающимися организацией помощи и поддержки людям при тяжелых заболеваниях и трудных жизненных ситуациях.

Начиная с 1998 г., она проводит ежегодные научные конференции, причем каждые два года они проводятся совместно с Европейской конференцией в области психосоматических исследований.

Очередная XIV конференция, организованная Европейской Ассоциацией Психиатрии Консультирования – Взаимодействия и Психосоматики, прошла в июле 2011 г. в Будапеште. В ней приняли участие около 700 представителей более чем из 30 стран со всего мира.

В рамках конференции одновременно проходило несколько научных секций, были также обучающие семинары и множество стендовых докладов. Более половины всех докладов были посвящены различным аспектам психоонкологии, остальные – психологическим аспектам трансплантологии, травматологии, дерматологии, кардиологии, нейропсихиатрии, различным видам психотерапии, психообразованию и т. д. Обсуждались различные вопросы организации психолого-психиатрической помощи в стационарах общего профиля, а также проблемы подготовки и совершенствования кадров для этой работы. В Европе свою эффективность доказала модель психосоматической рабочей группы, когда внутри соматического отделения работает группа профессионалов, часто владеющих двумя специальностями – психосоматическая медицина и психотерапия. Очень хорошая система подготовки и повышения квалификации кадров существует в Германии, где имеются несколько крупных центров, проводящих обучающие семинары, тренинги, Балинтовские группы, ротацию специалистов между ведущими клиниками, что позволяет поддерживать у них высокий уровень профессионализма и работоспособности.

Будучи субспециальностью медицины, которая не без труда преодолевает незнакомые пути и работает иногда с сопротивляющимися пациентами и даже с еще более сопротивляющимися профессионалами, психиатрии консультирования и взаимодействия следует реально оценивать свои возможности и помнить о предостережениях, которые она дает коллегам из других медицинских областей: врачи не всемогущи; пациенты не бессмертны; выздоровление – иногда, облегчение – часто, поддержка – всегда. Однако значимость этой работы, как для медицины, так и общества в целом трудно переоценить.

Следующая научная конференция Европейской Ассоциации Психиатрии Взаимодействия – Консультирования и Психосоматики будет проходить в Дании, в городе Орхус 27–30 июня 2012 г. Информация о ней расположена на сайте ([www.eaclpp-ecpr2012](http://www.eaclpp-ecpr2012)).

Зародившись в 30-ые годы в Европе, психиатрия консультирования и взаимодействия распространяется по всему миру. В последние годы она активно развивается

и у нас в стране, где периодически проводятся научные конференции и накоплен серьезный опыт.

Однако процесс сотрудничества и интеграции с аналогичными мировыми сообществами явно недостаточный, а ведь он жизненно необходим, так как способствует взаимообогащению и позитивному развитию данного направления в целом. Хочется отметить, что зарубежные коллеги проявляют огромное желание к сотрудничеству и горячо приветствуют участие наших специалистов в различных международных конференциях, проводимых в Европе и в мире. С нашей стороны нужно большее стремление и активность в изыскании ресурсов и возможностей для подобных контактов, а также тесная сплоченность и взаимодействие специалистов, заинтересованных в развитии данной области медицины. Одним из возможных вариантов эффективного масш-

табного сотрудничества с зарубежными коллегами могло бы стать проведение серьезного международного конгресса у нас в России, который бы обогатил наши знания и накопленный опыт и придал дополнительный импульс развитию этого направления как у нас в стране, так и за рубежом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Leentjens, A. F. G.* On the history of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics / A. F. G. Leentjens, A. Lobo // *J. Psychosom. Res.* – 2011. – Vol. 70. – № 6. – P. 575–577.

2. XIV Annual Meeting of the European Association for Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) «Interventions in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine». A selection of the best abstracts submitted // *J. Psychosom. Res.* – 2011. – Vol. 70. – № 6. – P. 580–623.

© В. А. Родионова, 2011 г.  
УДК 616.89:371

**В. А. Родионова**

## ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

Школа пациентов – это «медицинская профилактическая технология, основанная на совокупности индивидуального и группового воздействия на пациентов и направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению того или иного заболевания, повышение приверженности пациентов к лечению для профилактики осложнений заболевания, улучшения прогноза и повышения качества жизни» [3]. Междисциплинарный характер проблемы обуславливает ее изучение не только медициной, но и смежными науками – медицинской психологией, социологией. До сих пор нет теоретико-методологического и собственно педагогического исследования феномена школы пациентов.

Определение школы пациентов как медицинской технологии предполагает, что при описании любой разработанной и успешно внедренной в практику школы будут описаны необходимые составляющие любой технологии, т. е. совокупность методов, операций, приемов, последовательное осуществление которых обеспечивает решение поставленной задачи. Авторы, однако, в основном ограничиваются описанием применяемых методов (лекция, дискуссия, тренинг), исключая из описания концептуальную составляющую технологии – определение цели.

Не менее важной проблемой является отбор содержания программы школ пациентов. С одной стороны, он дол-

жен определяться спецификой того или иного заболевания, с другой – общими принципами отбора содержания образования, полноценно представленными в педагогике. На сегодняшний день только в работах Н. В. Михайловой, Л. А. Федоровой [4, 5] сделана попытка систематизировать и структурировать содержание школы пациентов. По мнению этих ученых, пациент должен быть информирован о диагнозе, специфике диагностического обследования, особенностях лечения, реабилитации и профилактике, специфике качества жизни и собственном психоэмоциональном статусе. В других работах, посвященных проблеме школы пациентов, содержание программ более узкое.

Из определения школы пациентов остается неясным, какое место занимает в технологии изучение пациентов, их ожиданий, потребностей в обучении, способностей к нему. Даже при рассмотрении школы пациентов в аспекте системы менеджмента качества, в которой пациент – потребитель медицинской услуги, его потребности, запросы, ожидания не входят в поле зрения исследователей. Практически отсутствуют работы, посвященные анализу деятельности обучающего (врача), нет подробного описания организационно-педагогических условий реализации технологии школы пациентов, оценки ее эффективности.

Предлагаемое нормативными документами определение школы пациентов таково, что позволяет рассматривать эту технологию, минимум, в семи аспектах, а именно: профилактическую/реабилитационную, индивидуальную/групповую, технологию информирования, технологию консультирования, технологию обучения, технологию взаимодействия врача и пациента, мотивационную технологию.

В связи с такой широтой толкования возникает вопрос обоснованности выбора той или иной технологии в конкретных условиях. Ни в одной из научных работ, посвященных анализируемой проблеме, нет обоснования выбора используемой технологии. Исключение составляет выбор между профилактической и реабилитационной технологиями в работах А. М. Калининой [1], О. В. Серге-

своей [6] и соват., а также выбор индивидуальной или групповой формы работы с пациентами. Если допустить возможность реализации перечисленных выше технологий в комплексе, возникает проблема их иерархии и структурирования в рамках работы школ пациентов. Научного рассмотрения указанные проблемы пока не имеют. Анализ современных исследований, в которых есть описание школ пациентов, показывает, что чаще всего в рамках школы реализуется технология информирования и технология консультирования. Недостаточно четкое понимание сути этих процессов ведет к подмене понятий, что затрудняет применение разработанной и апробированной технологии в других условиях. Использование ряда технологий в комплексе в связи с отсутствием методологических оснований сводит обучение в школе пациентов к применению набора обучающих методик, которыми она не исчерпывается. Построение школы здоровья на основе взаимодействия врача и пациента ведет к повышению приверженности пациентов к лечению, формированию у них мотивации к сохранению своего здоровья и повышению ответственности пациента за здоровье как своей личной собственности [2]. Однако отсутствие технологического описания процесса взаимодействия врача и пациента делает достигнутые результаты достижением конкретного врача, не дает возможности применить описанный опыт в полном объеме.

Таким образом, проведенный анализ обозначенной проблемы на современном этапе позволяет утверждать, что проблема является междисциплинарной, активно изучается рядом смежных наук, при этом собственно педагогического осмысления пока не получила. Определение школы

пациентов как сложной комплексной технологии делает необходимым детальное рассмотрение всех ее составляющих, обуславливает значимость решения проблем иерархии и структурирования входящих в нее технологий. Активное использование школ пациентов в медицинской практике делает необходимым выявление организационно-педагогических условий, обеспечивающих эффективность применения технологии в каждом конкретном случае.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Калинина, А. М.* Школа здоровья для больных как фактор повышения эффективности контроля артериальной гипертонии / А. М. Калинина // Трудный пациент. – 2006. – № 8. – С. 16–21.
2. *Каулина, Е. М.* Влияние уровня приверженности больных и врачей на эффективность комплексного восстановительного лечения артериальной гипертонии в амбулаторных условиях : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Е. М. Каулина. – СПб., 2011. – 41 с.
3. Классификатор сложных и комплексных медицинских услуг : приказ Министерства здравоохранения РФ № 268 от 16. 07. 2001 г. // Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации. – 2001.
4. *Михайлова, Н. В.* Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000 / Н. В. Михайлова // URL : [http://www.remedium.ru/section/health/detail.php?ID=38609&SHOWALL\\_1=1](http://www.remedium.ru/section/health/detail.php?ID=38609&SHOWALL_1=1).
5. *Михайлова, Н. В.* К медицине со знаком качества / Н. В. Михайлова, Л. А. Федорова // URL : [http://quality.eur.ru/MATERIALY14/patient\\_school.htm](http://quality.eur.ru/MATERIALY14/patient_school.htm).
6. *Сергеева, О. В.* Разработка концептуальных подходов к реабилитации больных с коронарным дефицитом на основе математического моделирования : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / О. В. Сергеева. – Воронеж, 2009. – 44 с.

© И. М. Спивак, 2011 г.  
УДК 159.972.5+616.89]:152(019.941)

**И. М. Спивак**

## ГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗ КРЕАТИВНОСТИ И ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Институт цитологии РАН, Санкт-Петербург

*Памяти Владимира Павловича Эфроимсона*

Появление генетики человека как науки, в первую очередь, было направлено на изучение внешних признаков (как цвет и форма горошин в опытах Менделя). У человека внешние признаки – рост, цвет глаз, волос, кожи и многое другое – наследуется достаточно четко. А вот с личностными качествами не все так просто. Близнецовый метод, благодаря которому мы можем сравнить вклад наследственности и среды в формирование человека,

показал, что при абсолютной внешней схожести однояйцевые близнецы являются совершенно разными человеческими личностями. Они могут быть похожи, а могут и резко отличаться. Особенно наглядно это видно при изучении психических болезней в семьях. Например, один из близнецов может болеть шизофренией, а другой – нет. При этом вероятность того, что у второго близнеца шизофрения разовьется, существенно выше, чем у постороннего человека – от 30 до 40 % по разным данным. Таким образом, они оба несут предрасположенность к данному заболеванию, но проявляется оно не всегда.

Высокая степень наследственной предрасположенности к развитию интеллектуальных способностей была выявлена при изучении генетики поведения. В то же время гены, формирующие молекулярную основу этой предрасположенности, до сих пор названы только предположительно, и количество работ, оперирующих достаточно большими выборками, невелико. Одной из характеристик личности, традиционно связываемой с одаренностью в различных сферах деятельности, является креативность. Под креативностью – (от лат. *creare* – «создавать») иссле-

дователи понимают творческую созидательность, входящую в структуру одаренности в качестве независимого фактора, при которой человек способен генерировать новые идеи, отклоняющиеся от традиционных или принятых схем мышления, часто определяющие развитие в искусстве, науке, технике и т. д.

Креативность, как и многие другие показатели психической деятельности, имеет высокую межиндивидуальную вариабельность. Феномен таких резких межиндивидуальных различий интеллекта заинтересовал исследователей достаточно давно. Одним из наиболее последовательных ученых, отстаивающих совместную роль наследственности, социальной преемственности и брачного подбора для проявления высокоодаренности и даже гениальности в определенных родах и семьях, был профессор В. П. Эфроимсон. Его посмертно изданные книги «Гениальность и генетика» и «Педагогическая генетика» [3], написанные более 30 лет назад, не утратили своей актуальности до настоящего времени и поражают свежестью научной мысли. На примере различных выдающихся личностей В. П. Эфроимсон показал связь некоторых наследственных синдромов со способностью к творчеству. Особенно В. П. Эфроимсона интересовали подагрики, среди которых наблюдается высокий процент творчески одаренных людей. С такой одаренностью связано нарушение обмена мочевой кислоты, приводящее к ее повышенному уровню в крови у пациентов с этим заболеванием. Еще в 1955 г. Е. Орован [7] заметил высокое структурное сходство мочевой кислоты с известными стимуляторами умственной деятельности кофеином и теоброминном. Также Орован отметил, что у приматов, в отличие от всех остальных млекопитающих, мочевая кислота не разлагается, а сохраняется и циркулирует в крови, причем такое биохимическое изменение коррелирует с активной эволюцией головного мозга. Описывая великих подагриков, от Александра Македонского до Бисмарка, В. П. Эфроимсон обязательно подчеркивал (если это известно) наличие других одаренных людей в их семьях.

Вторая группа людей, внимательно изученных В. П. Эфроимсоном, гениальности и высокому творческому потенциалу которых сопутствовали определенные личностные особенности, были циклотимики. Среди них были душевно больные люди, такие как Винсент Ван Гог, и вполне здоровые – Уинстон Черчилль и Эрнест Хемингуэй [3].

В настоящее время, благодаря технологическому прорыву в молекулярно-биологических исследованиях и реализации международного проекта «Геном человека» было разработано большое количество новых методов исследования генома. Эти методы позволили перейти от простых биохимических или поведенческих характеристик к поиску определенных связанных с ними генов.

Сочетание новых методов и традиционного подхода к изучению креативности в семьях оказалось крайне продуктивным, так как позволило связать дальнейшие углубленные генетические исследования творческого потенциала с определенными заболеваниями, в первую оче-

редь – душевными, а также показало путь возможной коэволюции этих процессов [10].

При несколько ином подходе к изучению одаренности в семьях нобелевских лауреатов прямого наследования креативности обнаружено не было. Интересно, что при этом увлеченность и успех в той же области, что и у родителей, авторы наблюдают только в парах «отец–сын» и «мать–дочь» и объясняют воспитанием и внутрисемейной конкуренцией [9]. Также в изученных семьях не отмечено и повышенного уровня психических заболеваний.

Используя метод поиска генетической связности при исследовании аутизма, дислексии и болезней расстройства внимания, были картированы определенные хромосомные зоны, связанные с этими заболеваниями, при этом в тех же семьях, в которых были описаны изучаемые больные, наблюдалась повышенная креативность различного типа [11]. В последние годы появилось большое количество работ с использованием метода полимеразной цепной реакции, посвященных напрямую генетике шизофрении и маниакально-депрессивного психоза и, опосредованно, креативности. Одним из основных генов предрасположенности к психическим заболеваниям (шизофрении и маниакально-депрессивному психозу) является нейрегулин-1, полиморфизм в промоторной области которого одновременно ассоциируется как с предрасположенностью к заболеванию, так и с повышенной креативностью [6, 12]. Самым интересным в этих работах представляется заданный авторами вопрос о причине сохранения генов предрасположенности к столь тяжелым заболеваниям в популяции на достаточно высоком уровне – более 1%. Как и В. П. Эфроимсон, ученые связывают такое положение вещей с эволюцией психических функций и важностью поддержания в популяции необходимого для эволюционного прогресса уровня креативности.

Нужно отметить, что специально генетикой именно креативности почти никто не занимался. Наиболее важным врачам-генетикам представлялось изучение наследственной предрасположенности к различным психическим расстройствам или маниям. Исследования по генетике креативности до последнего времени можно было перечислить по пальцам. Сначала нужно было определить, какие процессы в организме могут влиять на творческие способности. Так, был начат активный поиск среди генов, кодирующих нейромедиаторы и различные белки допаминовой (DA) и серотониновой (5-HT) систем. В большом исследовании, проведенном в Германии, генами интереса были выбраны ген катехол-метилтрансферазы (COMT), рецептора дофамина (DRD2) и гена триптофан гидроксилазы (TPH1). При этом ген COMT не показал никакой связи с креативностью, а гены DRD2 и TPH1 коррелировали с общей креативностью [8].

Сейчас одной из «горячих» точек генетики креативности является ген серотонинового транспортера – белка, отвечающего за обратный захват серотонина, две формы которого различаются вставкой в 44 пн в промоторной области гена (так называемые «длинный» и «короткий» аллель). У гомозигот по «длинному» аллелю уровень син-

теза данного белка в 2 раза выше, чем у гомозигот по «короткому» аллелю. Такое снижение его активности ассоциируется с повышенной склонностью к депрессии при неблагоприятных жизненных событиях. В настоящее время описан еще один полиморфизм этого гена, состоящий в однонуклеотидной замене (SNIP) в промоторной области, который влияет на проявление длинного/короткого полиморфизма. В многочисленных работах, посвященных креативности, полиморфизмы этого гена ассоциируются со способностями к танцу [4] а также к вербальной и образной креативности [13]. Одновременно при исследовании способности к танцам [4] был выявлен еще один ген, полиморфизм которого ассоциируется с креативностью, – ген рецептора аргинин-вазопрессина-1а (AVPR1а). Полиморфизм этого гена при дальнейшем изучении показал также корреляцию с музыкальной одаренностью семей в Финляндии [14]. Вазопрессин – белок, связанный с поддержанием водно-солевого баланса в организме, который может, таким образом, влиять на активность протекания различных биохимических процессов.

С поддержанием сосудистого тонуса, в частности, кровяного давления, в организме связана еще одна система – ренин-ангиотензиновая. Полиморфизмы ее генов обычно ассоциируются с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Но принимая во внимание существование ее тканеспецифических форм и, в первую очередь, особой ренин-ангиотензиновой системы в ЦНС, нами был предпринят поиск корреляций генов этой системы с креативностью. Один из генов этой системы, лежащий в самом вершине биохимической цепочки, ангиотензиноген (AGT), контролирует кровяное давление, водно-солевой баланс и секрецию гормонов, а также влияет на поведение: снижение центральной активности ангиотензиногена приводит одновременно к антидепрессивному и аксиолитическому действию, а его М-аллель ассоциируется с депрессией [5]. При исследовании психологического состояния женщин-рожениц нами было показано, что М235Т-полиморфизм ангиотензиногена ассоциируется с креативностью. То есть среди женщин, проходящих через процесс естественных родов (родовой стресс), пониженная креативность ассоциируется с Т-аллелем данного гена [1, 2]. Эти наши данные подтверждают, что генетическая природа креативности тесно связана с полем психических расстройств и что причиной этого, вероятнее всего, являются эволюционные потребности быстро развивающегося мозга при появлении и становлении человека.

Поиски генов, отвечающих за наши психические особенности, пока только начаты. Но уже видно многообразие биологических систем организма, вовлеченных в развитие психологических особенностей личности. Часто результаты оказываются неожиданными. Те же данные о повышенной креативности у носителей генов, связанных с предрасположенностью к психическим расстройствам,

вызывали сначала недоумение. Но к настоящему времени сформулировано представление о том, что многие психотические расстройства поддерживаются в человеческой популяции на достаточно высоком уровне из-за того, что их «обратной» стороной является повышенная креативность, крайне важная для эволюции человека разумного. Наш геном функционирует как сложный ансамбль генов, взаимодействующих и взаимовлияющих в ответ на многочисленные внешние и внутренние стимулы. Таким образом, «слабость» одних генов компенсируется «силой» других, и все вместе они в определенных биологических и социальных условиях формируют нашу личность.

*Работа выполнена при поддержке РФФИ, грант 09-06-00012а, и программы президиума РАН «Биологические науки – медицине».*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Спивак, И. М. Корреляция психологических проявлений родового стресса с полиморфизмом гена ангиотензин-превращающего фермента / И. М. Спивак [и др.] // Цитология. – 2006. – № 10. – С. 875–882.
2. Спивак, И. М. Полиморфизмы генов ренин-ангиотензиновой системы и их корреляция с психологическими проявлениями родового стресса / И. М. Спивак [и др.] // Цитология. – 2008. – № 11. – С. 901–908.
3. Эфроимсон, В. П. Гениальность и генетика / В. П. Эфроимсон. – М.: Русский мир, 1998. – 544 с.
4. Bachner-Melman, R. AVPR1a and SLC6A4 gene polymorphisms are associated with creative dance performance / R. Bachner-Melman [et al] // PLoS Genet. – 2005. – Vol. 1 (3). – P. e42.
5. Gard, P. R. The role of angiotensin II in cognition and behaviour / P. R. Gard // Eur. J. Pharmacol. – 2002. – Vol. 438. – P. 1–14.
6. Keri, S. Genes for psychosis and creativity: A promoter polymorphism of the neuregulin 1 gene is related to creativity in people with high intellectual achievement / S. Keri // Psychol Sci. – 2009. – Vol. 20. – P. 1070–1073.
7. Orowan, E. The origin of man / E. Orowan // Nature. – 1955. – Vol. 175. – № 4459. – P. 683–684.
8. Reuter, M. Identification of first candidate genes for creativity: a pilot study / M. Reuter [et al] // Brain Res. – 2006. – Vol. 1069. – № 1. – P. 190–197.
9. Rothenberg, A. Family background and genius / A. Rothenberg, G. Wyshak // Can. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 49. – № 3. – P. 185–191.
10. Simeonova, D. I. Creativity in familial bipolar disorder // J. Psychiatr. Res. – 2005. – Vol. 39. – № 6. – P. 623–631.
11. Smalley, S. L. Toward localizing genes underlying cerebral asymmetry and mental health / S. L. Smalley [et al] // Am. J. Med. Genet. (B Neuropsychiatr. Genet.) – Vol. 135B. – № 1. – P. 79–84.
12. Venkatasubramanian, G. Creativity, psychosis and human evolution: the exemplar case of neuregulin 1 gene / G. Venkatasubramanian, S. Kalmady // Indian J. Psychiatry. – 2010. – Vol. 52. – № 3. – P. 282.
13. Volf, N. V. Association of verbal and figural creative achievement with polymorphism in the human serotonin transporter gene / N. V. Volf [et al] // Neurosci. Lett. – 2009. – Vol. 463. – № 2. – P. 154–157.
14. Ukkola, L. T. Musical aptitude is associated with AVPR1A-haplotypes / L. T. // PLoS One. – 2009. – Vol. 4 (5). – P. e5534.

© Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев, 2011 г.  
УДК 616.89:536.75

Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев

## СИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ИЗУЧЕНИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОМОГАЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ПСИХИАТРИИ

Северо-Западный государственный медицинский университет имени  
И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

### ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время психическое расстройство (*nosos*) рассматривается с учетом конституциональной предрасположенности (*pathos*) [5], влияния патологизирующего семейного наследования и динамики системного функционирования [2, 6, 10].

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В сравнительном рандомизированном исследовании 61 семьи (178 пациентов и их родственников) показана эффективность аналитико-системной семейной психотерапии (АССП) в реабилитации больных шизофренией. АССП способствует избранию семьями стратегий адаптации, ориентированных на личностный рост. В семьях, не получавших АССП, возрастала закрытость от социума с делегированием больному ответственности за трудности взаимоотношений [2, 6].

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Применение несистемных моделей терапии зачастую приводит специалиста к попыткам необоснованного расширения сфер профессиональной компетенции. Это связано с недостаточной информированностью профессионалов о возможностях бригадного сотрудничества и неосознаваемой их очной и заочной конкуренцией [2, 6].

Координация усилий помогающих специалистов помогает сформулировать необходимую терапевтическую программу и разграничить области компетенции помогающих специалистов [2, 6, 9].

Современная медицина зиждется на идеях синергетического подхода [1, 3]. Синергетика (от греч. *Synergeticos* – «совместный, согласованный»), предложенная Г. Хакеном, акцентирует внимание на согласованности взаимодействия частей при самоорганизации структуры как единого целого. Синергетический подход, развивая системные идеи, позволяет понимать природу расстройств/заболеваний с позиции круговой причинности. Синергетика исследует причины свойств системы.

Фрактальный изоморфизм социальных организаций различных уровней [7] позволяет экстраполировать на семейную систему социальную гипотезу техно-гуманитарного баланса<sup>1</sup> [5]. Следовательно, внутренняя устойчивость семейной системы (Si – Internal Sustainability) снижается с ростом потенциала развития. При этом внешняя устойчивость (External Sustainability – Se), в отличие от внутренней, является положительной функцией технологического потенциала, который делает систему менее зависимой от состояний и колебаний внешней среды. Беспомощный член семьи, требующий интенсивной заботы, при закрытости внешних границ становится объектом приложения векторов диссипации энергии, способствуя сохранению микросоциальной системой внутренней устойчивости. Внешняя устойчивость поддерживается благодаря средствам технологического потенциала медико-социальной службы.

Тогда устойчивость<sup>2</sup> дисфункциональной семейной системы в целом будет прямо пропорциональна уровню психопатологических показателей (Childhood Autism Rating Scale – CARS; Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) и обратно пропорциональна уровню социальной компетенции (social quotient – SQ) идентифицированного пациента.

Манифестация психического расстройства – значимое событие для всех членов семьи. Если формат оказания психиатрической помощи не предусматривает участия родственников, они все меньше включаются в процесс лечения и реабилитации. Отсутствие инициативы членов семьи пациентов мы рассматриваем как проявление обученной беспомощности [8]. В данной ситуации в помощи нуждается семейная система в целом.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение синергетической модели организации лечебно-реабилитационных мероприятий будет способствовать повышению уровня социальной компетенции пациентов, страдающих различными аутистическими расстройствами.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Буданов, В. Г. Когнитивные основания синергетики / В. И. Аршинов, В. Г. Буданов // Синергетическая парадигма-2. – М. : Прогресс-традиция, 2002. – С. 67–108.
2. Медведев, С. Э. Особенности аналитико-системной семейной психотерапии и динамика психопатологических, адаптационных и семейных показателей у больных параноидной шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. Э. Медведев. – СПб., 2009. – 24 с.
3. На пути к постнеклассическим концепциям управления / под ред. В. И. Аршинова и В. Е. Лелского. – М. : Ин-т философии РАН, 2005. – 266 с.
4. Назаретян, А. П. Цивилизационные кризисы в контексте универсальной истории (синергетика – психология – прогнозирование) / А. П. Назаретян. – М. : Мир, 2004. – 368 с.

<sup>1</sup> Закон техно-гуманитарного баланса формулируется следующим образом: чем выше мощь производственных технологий, тем более совершенные средства культурной регуляции необходимы для сохранения социума.

<sup>2</sup> Устойчивость – способность системы к самосохранению.

5. Руководство по психиатрии. Т. 1 / под ред. А. В. Снежневского. – М. : Медицина, 1983. – 480 с.

6. Практикум по семейной психотерапии : современные модели и методы : учеб. пособие для врачей и психологов / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб. : Речь, 2010. – 425 с.

7. Тогунов, И. А. Закон универсальности социальных организаций / И. А. Тогунов // Эксклюзивный маркетинг. – 2007. – № 2 (59). – С. 3–20.

8. Ильин Е. П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень / Е. П. Ильин // СПб. : Питер, 2011. – 224 с.

9. Черников, А. В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики / А. В. Черников. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Класс, 2010. – 208 с.

10. Эйдемиллер, Э. Г. Возрастные аспекты групповой и семейной психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук в форме науч. докл. / Э. Г. Эйдемиллер. – СПб., 1994. – 61 с.

## Издательство СПбГМУ

имени академика И. П. Павлова

специализируется на издании медицинской, научной  
и учебной литературы

Имея в своем составе квалифицированных художественных и научных редакторов, располагая современной полиграфической базой, издательство СПбГМУ может подготовить к печати и издать монографии, брошюры, медицинские журналы, буклеты и другую полиграфическую продукцию, подготовить оригинал-макет любой сложности.

Издательство СПбГМУ принимает заказы на публикацию рекламных объявлений в медицинских журналах и книгах, выпускаемых издательством.

Выпускаемая литература реализуется через магазин и киоск издательства.

Предварительную информацию об условиях оформления, выполнения  
и оплаты заказов можно получить по адресу:

197089, Санкт-Петербург,  
улица Льва Толстого, 6/8

**Издательство СПбГМУ имени академика И. П. Павлова**

Телефон: (812) 234-27-78

© Н. И. Вишняков, А. М. Кужель, О. Б. Строгонова, 2011 г.  
УДК 368.06:616-082

**Н. И. Вишняков, А. М. Кужель,  
О. Б. Строгонова**

## **СОЧЕТАНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова; Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга

Проблема ограничений доступности медицинской помощи в последние годы является одной из ключевых в отечественном здравоохранении. В основе этой проблемы лежат, прежде всего, экономические причины – неадекватность распределения финансовых потоков на оказание медицинской помощи; организационные причины – недостатки в организации работы медицинских учреждений, ограничения в преемственности предоставления медицинской помощи в учреждениях различных уровней, возникающие вследствие несоблюдения установленных порядков их взаимодействия, а также недостаточная информированность граждан об истинных возможностях использования всех ресурсов сложившейся системы здравоохранения.

По данным Всероссийского социологического исследования по изучению мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи в Российской Федерации, проведенного в 2008 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, установлено, что более половины жителей России не удовлетворены оказанной им медицинской помощью [1]. Безусловно, ответы граждан касались, прежде всего, медицинской помощи, полученной ими в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения при предъявлении полиса обязательного медицинского страхования (ОМС). При этом неадекватность распределения финансовых средств на охрану здоровья приводит к тому, что каждый четвертый россиянин (23,4 %) сталкивался с необходимостью неофициально доплачивать врачу за лечение; 34,5 % считают, что одним из негативных явлений в медицинском обслуживании является увеличение объемов платной медицинской помощи. Недостатки в организации медицинской помощи также формируют негативные оценки граждан: 33,8 % отмечают неудобный график работы врачей, 39,7 % указывают на отсутствие необходимых специалистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях по месту жительства, каждый пятый гражданин России (20,1 %) стал-

квивался с отказом в предоставлении необходимой медицинской помощи и пр. Стоит также отметить, что даже при возникновении проблем граждане не знают, куда обращаться за помощью для их решения. Так, 26,1 % россиян до сих пор получают необходимую информацию о медицинском обслуживании не от профессионалов, а от знакомых и соседей, только 11,4 % указали, что с жалобой на плохое медицинское обслуживание следует обращаться в страховую компанию, выдавшую полис ОМС [1].

Проблемы, возникающие у пациентов при их обращении в медицинские учреждения государственной и муниципальной форм собственности по полису ОМС, вынуждают их искать иные формы получения медицинской помощи. Так, по данным того же исследования, 25,5 % жителей России готовы обращаться за медицинской помощью на платной основе имея в виду обслуживание на более высоком уровне, 15,4 % – по причине более совершенной организации работы, отсутствия очередей, 12,5 % – по причине более внимательного отношения к их проблемам медицинского персонала [1]. То есть значительная часть граждан готовы оплачивать получение более доступной медицинской помощи с точки зрения организации ее предоставления, психологического комфорта ее получения. Вместе с тем платные медицинские услуги на сегодняшний день не решают проблемы финансовой составляющей доступности медицинской помощи для граждан.

Одним из возможных путей решения повышения доступности медицинской помощи может быть «средний вариант» – сочетание предоставления медицинской помощи гражданину в рамках ОМС и добровольного медицинского страхования (ДМС), фактически обеспечивающего комфорт ее предоставления на уровне такового при получении платных медицинских услуг и не несущего прямых финансовых затрат для гражданина, поскольку наиболее распространенным вариантом является осуществление ДМС за счет средств работодателей. Вместе с тем при таком сочетании различных видов медицинского страхования возникает достаточно много вопросов, ряд из которых, главным образом финансового характера, уже активно обсуждались специалистами. Основным же вопросом медицинских организаций, сталкивающихся с пациентами, застрахованными по ОМС и ДМС, и граждан является вопрос разграничения объемов медицинской помощи, гарантированных гражданам по этим видам страхования.

До января 2011 г. отношения субъектов, возникающие в процессе ОМС и ДМС, были определены единым законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», в соответствии с которым ОМС являлось составной частью государственного социального страхования и было призвано обеспечивать гражданам предоставление медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных программами ОМС. ДМС же было определено как страхование, обеспечивающее гражданам получение дополнительных ме-



дицинских и иных услуг по программам ДМС сверх установленных программ ОМС.

Предметом регулирования нового Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступившим в силу с 1 января 2011 г., являются исключительно отношения, возникающие с осуществлением ОМС, которое также определяется как вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС, созданной на основе базовой программы ОМС. То есть как до вступления в силу нового закона, так и после, основой определения объемов медицинской помощи, гарантированной гражданину государством при осуществлении ОМС, является программа ОМС.

В соответствии со ст. 5 нового закона, утверждение базовой программы ОМС и единых требований к территориальным программам ОМС относится к полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС, а в соответствии со ст. 6 указанного закона, в свою очередь, утверждение территориальных программ ОМС является полномочием органов государственной власти субъектов Российской Федерации. При этом ст. 35 и 36 новый закон определяет конкретные составляющие территориальной программы ОМС – она включает в себя, в том числе, виды, условия оказания медицинской помощи и перечень страховых случаев (перечень заболеваний, медицинское обслуживание при которых осуществляется в рамках программ ОМС). Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой ОМС устанавливается исходя из их стандартов и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации). В случае, если территориальная программа ОМС устанавливает дополнительный объем страхового обеспечения по страховым случаям, она должна предусматривать перечень направления использования средств ОМС.

Таким образом, на территории конкретного субъекта Российской Федерации именно территориальная программа ОМС будет определять объем медицинской помощи, гарантированной государством каждому гражданину за счет средств ОМС. При этом оказанная за счет средств ОМС медицинская помощь, в соответствии с территориальной программой ОМС, должна иметь следующие «признаки»:

– принадлежать к одному из видов медицинской помощи, включенных в программу ОМС (первичная медико-санитарная, специализированная и т. д.);

– быть оказана по поводу заболевания, включенного в перечень страховых случаев (болезни эндокринной системы, болезни нервной системы, болезни крови, кровеносных органов и т. д.);

– быть оказана в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи (применение и объем отдельных диагностических исследований, лекарственных средств, соблюдение и последовательность этапности и т. д.);

– быть оказана в соответствии с условиями, установленными программой ОМС.

Безусловно, вышеприведенный перечень применим только в ситуациях наличия договорных обязательств медицинской организации по оказанию застрахованным гражданам определенных видов медицинской помощи при определенных страховых случаях по программам ОМС.

При наличии всех вышеуказанных «признаков» случай оказания медицинской помощи признается страховым случаем по ОМС и подлежит оплате. В случае расширения объема медицинской помощи и ее предоставления в более комфортных условиях страховой случай по ОМС не является, и оплата такой медицинской помощи должна быть произведена за счет иных источников.

Наибольшие проблемы возникают в определении соответствия условий предоставления медицинской помощи условиям, установленным программами ОМС. Перечень и отдельные характеристики условий предоставления медицинской помощи на сегодняшний день различаются в территориальных программах ОМС отдельных субъектов Российской Федерации и могут содержать требования к срокам ожидания гражданами экстренной и плановой медицинской помощи, к порядку организации медицинской помощи на различных этапах ее предоставления, к условиям размещения в стационаре и т. д.

В каких же случаях может быть применена оплата медицинской помощи за счет иных источников, в том числе ДМС, в дополнение к оплате по ОМС в рамках взаимодействия конкретного пациента с медицинским учреждением? Как уже указывалось, отмена действия закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» повлекла за собой отсутствие в настоящее время специальных норм, регулирующих ДМС. Вместе с тем законом Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 (с изменениями, внесенными ФЗ 27 июля 2010 г. № 226-ФЗ) «Об организации страхового дела в Российской Федерации» установлено, что добровольное страхование, вне зависимости от его вида, осуществляется на основании договора страхования и правил страхования, определяющих общие условия и порядок его осуществления. При этом правила страхования должны приниматься и утверждаться страховщиком самостоятельно в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и содержать, в том числе, положения о страховых случаях. То есть договором ДМС может устанавливаться оплата случаев оказания медицинской помощи, не включенных в программы ОМС, а также оплата случаев оказания медицинской помощи, оказанной вне условий, установленных программами

ОМС («немедицинский» компонент случая оказания медицинской помощи), например:

- оказанные медицинские услуги оказываются по поводу видов или страховых случаев, не включенных в программы ОМС;

- медицинские услуги не входят в перечни услуг, предусмотренных установленными стандартами оказания медицинской помощи для нозологических форм, по поводу которых производится оказание медицинской помощи пациенту;

- диагностические, лечебные, реабилитационные, профилактические и иные услуги проводятся в порядке личной инициативы пациента при отсутствии соответствующего назначения в медицинской документации лечащим врачом (оказание медицинской помощи вне установленного порядка);

- медицинские услуги не являются для конкретной медицинской организации предметом договорных обязательств по выполнению программы ОМС (по видам помощи, по конкретным страховым случаям);

- предоставляются лекарственные средства и изделия медицинского назначения, не предназначенные для реализации программы ОМС, или их предоставление осуществляется в неустановленных ситуациях;

- медицинская помощь оказывается в условиях, отличных от условий ее предоставления, установленных программами ОМС (вне очереди, в условиях повышенной комфортности и сервисности).

Вышеуказанные условия предоставления медицинской помощи, как правило, конкретизируются в правилах страхования (программах) ДМС и становятся предметом договорных обязательств медицинского учреждения по отношению к пациенту, застрахованному по ДМС, наряду со страховкой по ОМС.

В случае оказания медицинской помощи пациенту, имеющему право на ОМС и ДМС с соблюдением условий программ по ОМС и по ДМС, в медицинском учреждении, являющимся субъектом системы ОМС и имеющим обязательства по выполнению программ ДМС, у медицинского учреждения возникают обязательства действовать следующим образом.

1. Определить принадлежность оказываемого вида помощи и условий ее предоставления программе ОМС и выставить счет на оплату страхового случая по ОМС страховой медицинской организации в соответствии с тарифами.

2. Определить принадлежность услуг, оказываемых сверх программы ОМС, к программе ДМС, по которой медицинское учреждение имеет обязательства перед стра-

ховой компанией, и выставить счет на оплату страховой компанией страхового случая по ДМС в соответствии с тарифами договора по ДМС.

Выставление и оплата 2-х счетов (по ОМС и ДМС) в рамках одного взаимодействия пациента с медицинским учреждением в таких ситуациях является обоснованным и обязательным, так как обеспечивает оплату 2-х разных страховых случаев.

Следует еще раз обратить внимание, что с введением нового Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» нормативное регулирование предоставления гражданам ДМС как вида медицинского страхования, обеспечивающего возможность получения медицинской помощи для граждан в дополнение к программам ОМС, в настоящее время не обеспечивается. Это требует от медицинских учреждений еще большее внимательное соблюдение вышеуказанного алгоритма, а от страховых компаний еще большего контроля медицинской помощи, предоставленной застрахованным ими пациентам в рамках различных страховых случаев.

Таким образом, сочетанное применение программ ОМС и ДМС может существенно повысить доступность медицинской помощи для граждан, сформировать условия для достижения более высокого уровня их удовлетворенности медицинской помощью, поскольку взаимно дополняет, прежде всего, условия ее предоставления для конкретного гражданина, делает их более комфортными и благоприятными. При этом следует отметить, что страховые медицинские организации, осуществляющие ДМС, кроме того, как правило, имеют значительный опыт непрерывного информирования своих застрахованных (телефонные линии круглосуточной поддержки) по вопросам организации предоставления им медицинской помощи в медицинских организациях различного уровня и использования полного перечня немедицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями – партнерами, что также существенно снижает уровень психологического дискомфорта пациентов, позволяет чувствовать себя уверенно при взаимодействии с медицинскими учреждениями и формирует у них положительную оценку доступности медицинской помощи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Юргель, Н. В. Всероссийское социологическое исследование «Изучение мнения населения Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи» / Н. В. Юргель [и др.]; Федер. Служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. – 2009. – 392 с.

© Г. О. Андреева, А. Ю. Емельянов, 2011 г.  
УДК 616.833.15-002:616.89-008.1]-08

**Г. О. Андреева, А. Ю. Емельянов**

## **КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург

### **ВВЕДЕНИЕ**

Идиопатическая тригеминальная невралгия – наиболее часто встречающаяся лицевая невралгическая боль. Заболеваемость, по данным ВОЗ, находится в пределах 2–4 человек на 10 000 населения. Невралгия тройничного нерва является мучительным болевым синдромом, довольно быстро, по сравнению с другими невропатиями, вызывает психоэмоциональные нарушения [1], а в ряде случаев может привести к грани суицида [5].

Хронический болевой синдром при любом происхождении почти всегда связан с различной степенью депрессивных расстройств [4], поэтому своевременное выявление и адекватная терапия эмоционального неблагополучия имеют существенное значение в определении прогноза заболевания [2]. В настоящее время для лечения болей, сочетающихся с депрессией, широко используется метод рефлексотерапии, оказывающий как анальгезирующий, так и антидепрессивный эффекты [3, 6, 8].

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Нами было проведено обследование и лечение 38 пациентов в возрасте от 44 до 65 лет с идиопатической невралгией тройничного нерва. У 28 больных срок от начала заболевания составлял от 2 до 30 дней. Десять больных обратились за помощью в сроки от 1 до 3 месяцев от начала заболевания. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, неврологический осмотр, ЭНМГ. Для оценки выраженности болевого синдрома применялась визуальная аналоговая шкала боли (ВАШБ). Психофизиологический статус пациентов исследовали по методике «Прогноз», наличие депрессивных изменений и их оценка в динамике определялись согласно критериям шкалы Монтгомери–Асберга (MADRS).

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

У всех пациентов боль отмечалась с одной стороны и характеризовалась как стреляющая, дергающая; возникала при безболезненной стимуляции триггерных зон в области кожи лица, слизистой оболочки полости рта, про-

должалась от нескольких секунд до нескольких минут. По ВАШБ уровень боли был  $7,04 \pm 1,01$  балла. У 25 (65,8%) больных были выявлены изменения психофизиологического статуса, у 7 (28%) – депрессивные расстройства легкой степени выраженности.

Всем пациентам назначали стандартный курс антиконвульсантов, антидепрессантов и витаминотерапии. Применяли карбамазепин 2–3 раза в день, его дозу постепенно увеличивали от 100 до 200 мг. При положительном результате однократного приема антиконвульсанта, т. е. когда пациент в течение нескольких часов способен без боли разговаривать, принимать пищу, умываться и чистить зубы, оставляли установленную суточную дозу. При плохой переносимости карбамазепина назначали производные габапентина. Для купирования невротических расстройств назначали amitриптилин в дозе 10 мг 2–3 раза в день, постепенно увеличивая суточную дозу до 75–100 мг (за счет вечернего приема). Витаминотерапия включала витамины В12 и В1 по 2 мл раствора для внутримышечного введения ежедневно, чередуя, 10 или 15 дней, затем – 6 недель энтерально.

Медикаментозную терапию на самых ранних этапах лечения сочетали с курсом иглотерапии, стабилизирующей процессы возбуждения и торможения в ЦНС, способствующей нормализации состояния тригемино-вазкулярной системы, активирующей антиноцицептивную систему, оказывающей модулирующее влияние на гипоталамо-гипофизарные структуры [3, 7]. Таким образом, рефлексотерапия позволяет воздействовать на большинство звеньев патогенеза [3, 7], нормализуя регуляторные процессы, устраняя боль и корректируя эмоциональное состояние, что способствует устранению психоэмоциональных проявлений.

На первых процедурах воздействовали на отдаленные точки, затем на локальные точки области головы, лица, шеи. На следующих процедурах воздействовали на точки каналов акупунктуры, траектории которых проходят в области лица и головы (VB, TR, E, GV, V). С целью коррекции эмоционально-волевых нарушений применяли воздействие на точки каналов сердца (С7, С1, С3), легких (P1, P2, P3), почек (R22–R27), перикарда (MC6), желудка (E36), заднего срединного (VG20, VG14, VG13, VG11, VG4). Акупунктурный рецепт составлялся индивидуально, в зависимости от типа депрессивного синдрома. Процедуры иглотерапии проводились ежедневно или через день, курс обычно состоял из 10–12 сеансов.

Часто уже после первых процедур пациенты отмечали урежение приступов и уменьшение интенсивности болей. Если боли не беспокоили пациента в течение нескольких дней, дозу антиконвульсантов начинали постепенно снижать.

Динамика боли по ВАШБ была следующей: до лечения –  $7,04 \pm 1,01$ , через 4 недели –  $4,73 \pm 1,27$  ( $p < 0,05$ ), через 8 недель после начала лечения –  $3,46 \pm 1,5$ . Боль была купирована у 29 (76,3%) пациентов; уменьшилась, но до конца не прошла у 7 (18,4%), достоверно не изменилась у 2 (5,3%) пациентов. Нормализация психофизиологическо-

Динамика боли и психофизиологических показателей у больных с тригеминальной невралгией

Параметр/временной интервал	До лечения	Через 4 недели от начала лечения	Через 8 недель от начала лечения
Уровень боли по ВАШБ (баллы)	7,04±1,01	4,73±1,27*	3,46±1,54*
Психофизиологический статус (стены)	2,44±0,71	3,27±0,67*	3,56±0,73*
Средний балл по шкале Монтгомери Асберга	21,14±2,34	17,86±1,35*	14±1,91*

\* различия между показателями до лечения и результатов лечения достоверны ( $p < 0,05$ ).

го статуса отмечалась у 14 (56%) пациентов, достоверное улучшение – у 9 (36%). Не удалось добиться достоверных изменений у 2 (8%) больных. Средние показатели выраженности депрессии по шкале MADRS до лечения составляли 21,14±2,34 балла, через 4 недели от начала лечения – 17,86±1,35 балла, через 8 недель – 14±1,91 балла (таблица).

## ВЫВОДЫ

Назначение иглотерапии в комплексном лечении невралгии тройничного нерва показано с самых ранних этапов заболевания, поскольку этот метод позволяет в короткие сроки добиться купирования или достоверного уменьшения болевого синдрома, нормализации психоэмоционального состояния пациента, редукции депрессивных нарушений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева, Г. О. Оценка изменений психофизиологического статуса у больных с заболеваниями периферических нервов / Г. О. Андреева // IX Всеросс. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении»: материалы конф., 21–22 апр. 2009 г. – (Прил. 1 (25), ч. 2). – СПб., 2009. – С. 647.
2. Ванчакова, Н. П. Обратимые и необратимые дизрегуляции в психосоматической медицине / Н. П. Ванчакова // Психосоматическая медицина – 2008: сб. материалов III Международ. конгресса. – СПб.: Человек, 2008. – С. 11–13.
3. Василенко, А. М. Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия / А. М. Василенко // Рефлексотерапия. – 2004. – № 1 (08). – С. 7–19.
4. Вейн, А. М. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / А. М. Вейн [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Мед. информ. аг-во, 2007. – 208 с.

5. Мументалер, М. Лицевая боль / М. Мументалер, Х. Маттле; пер. с нем. под ред. О. С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 774–779.

6. Поляков, С. Э. Алгии в структуре депрессий у больных среднего возраста и их динамика в процессе рефлексотерапии / С. Э. Поляков // Рефлексотерапия. – 2004. – № 1 (08). – С. 7–19.

7. Табеева, Д. М. Биологические основы иглотерапии / Д. М. Табеева // Руководство по иглорефлексотерапии: учеб. пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2006. – С. 77–144.

8. Хрипунова, О. В. Использование рефлексотерапии в реабилитации пациентов с астено-ирипохондрическим синдромом и соматоформными головными болями / О. В. Хрипунова, А. А. Михайлова, В. В. Малаховский // Рефлексотерапия. – 2008. – № 3–4 (24). – С. 25–29.

## РЕЗЮМЕ

Г. О. Андреева, А. Ю. Емельянов

**Комплексная терапия психоэмоциональных расстройств у больных, страдающих невралгией тройничного нерва**

Рассматриваются вопросы лечения невралгии тройничного нерва. Было выявлено, что в 68,5% случаев это заболевание сопровождается нарушениями психоэмоциональной сферы, в 25% – депрессивными расстройствами легкой степени, что требует целенаправленной коррекции. Применение иглотерапии в комплексном лечении позволяет быстрее добиться редукции не только болевого синдрома, но и психоэмоциональных и депрессивных нарушений.

**Ключевые слова:** невралгия тройничного нерва, депрессия, иглотерапия.

## SUMMARY

G. O. Andreeva, A. U. Emelianov

**Complex treatment of psychological disorders in patients with trigeminal neuralgia**

The problems of trigeminal neuralgia treatment are dealt with in the article. In 65.8% of the cases the disease is accompanied by psychological disorders, in 25% – by depressive syndrome. These disorders are to be corrected. Acupuncture as a part of complex treatment reduces the painful syndrome more quickly, improves psychological condition of the patient and reduces the depressive syndrome as well.

**Key words:** trigeminal neuralgia, depression, acupuncture.

© Е. Ю. Антохин, 2011 г.  
УДК 616.895-07-08:362.13

Е. Ю. Антохин

## ДИАГНОСТИКА И ПУТИ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Оренбургская государственная медицинская академия

## ВВЕДЕНИЕ

Выявление аффективной патологии, особенно тревожно-депрессивных расстройств, в условиях вне психиатрической практики представляется в настоящее время одной из актуальных задач здравоохранения [1, 6, 7]. Это обусловлено, прежде всего, ростом депрессий в общей популяции и поздней их диагностикой, что является одним из факторов формирования затяжного течения [1, 6, 10, 11]. С другой стороны, дискутируются вопросы о своевременности назначения антидепрессивной терапии

и о месте в структуре комплексного лечения методов психотерапии [3, 8]. В современной системе оказания лечебной помощи, в сравнении с советским периодом, санаторному лечению, особенно работающих граждан, уделяется недостаточное внимание. И с этих позиций особого внимания заслуживает сохранение финансирования отдыха предприятиями. Кроме того, именно в условиях санатория возможно раннее выявление психических расстройств аффективного спектра, в частности, субсиндромальных, донозологических форм, с дальнейшей их коррекцией, что более осуществимо при наличии в структуре учреждения психотерапевта [4].

**Цель** настоящего исследования – выявление расстройств аффективного спектра в условиях санаторного лечения с определением путей их коррекции.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

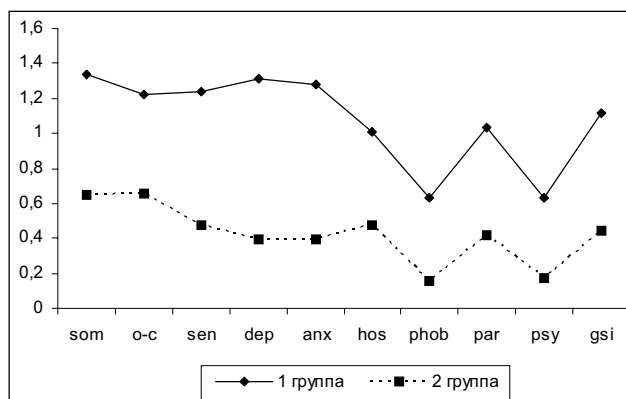
В санатории «Солнечный» г. Оренбурга обследованы 100 отдыхающих, работников предприятия «Оренбург-энерго». Перед началом исследования с тремя врачами-терапевтами санатория были проведены семинары, направленные на обучение диагностике аффективных нарушений и применения опросника SCL-90-R, который позволяет провести предварительную диагностику нескольких психопатологических симптомокомплексов [5, 9]. После обработки результатов SCL-90-R 85 отдыхающих (55 женщин и 30 мужчин) из 100 были направлены на консультацию к психотерапевту. Все 85 отдыхающих были работающими.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Расстройства тревожно-депрессивного спектра (1-я группа) после консультации психотерапевта выявлены у 52 (38 женщин и 14 мужчин, средний возраст –  $44,4 \pm 9,2$  года). При квалификации расстройств использовалась МКБ-10. У 44 человек (84,6%) были выявлены расстройства адаптации с кратковременными психогеннообусловленными реакциями, у 4 человек (7,7%) была диагностирована психогенная депрессия (легкий депрессивный эпизод – 2 человека, умеренный – 2 человека), у 4 человек (7,7%) была установлена дистимия. Во 2-ю группу были включены 33 отдыхающих (17 женщин и 16 мужчин, средний возраст –  $42,9 \pm 9,8$  года), у которых были диагностированы субсиндромальные соматоформные расстройства с преобладанием дисфункции сердечно-сосудистой системы (27 человек – 81,8%) и симптомы неврастения (6 человек – 18,2%). Следует отметить, что и у обследуемых 2-й группы в структуре ведущих неаффективных субсиндромальных расстройств также присутствовали отдельные симптомы аффективного спектра, прежде всего, ситуационно обусловленной либо личностной тревоги. Синдромальные профили двух групп обследуемых представлены на рисунке. Статистически достоверные различия ( $p < 0,01$ ) в двух группах (использован критерий U Манна–Уитни) выявлены по всем симптомокомплексам. В обеих группах обследуемых довольно вы-

ражены соматовегетативные проявления (шкала «соматизации» в 1-й группе составила  $1,34 \pm 0,56$  балла, во 2 группе –  $0,65 \pm 0,41$ ,  $p < 0,01$ ). Эти расстройства были представлены жалобами на боли различной локализации, неприятными ощущениями жжения в области позвоночника, суставов, чувством повышенной усталости. И если во 2-й группе они были субсиндромальными проявлениями соматоформных расстройств либо неврастения, то в 1-й группе они были структурной клинической составляющей ведущего аффективного расстройства депрессивного либо тревожно-депрессивного характера. Это нашло отражение и в выраженности симптомокомплексов депрессии (1-я группа –  $1,31 \pm 0,52$  балла, 2-я группа –  $0,39 \pm 0,21$  балла;  $p < 0,01$ ) и тревоги (1-я группа –  $1,28 \pm 0,60$  балла, 2-я группа –  $0,39 \pm 0,31$  балла;  $p < 0,01$ ). Полученные данные позволили установить, что у обследуемых 1-й группы показатели превышали нормативные в 2 раза. Следует отметить, что в структуре аффективных нарушений обследуемых 1-й группы присутствовали следующие компоненты. Дисфорический компонент с недовольством (чаще вербальным, и особенно на ранних этапах лечения в санатории), режимом лечения, назначением процедур, организации досуга (шкала «враждебность»: 1-я группа –  $1,01 \pm 0,56$  балла, 2-я группа –  $0,48 \pm 0,44$  балла), а также выраженная сензитивность в отношении к окружающим (шкала «межличностная сензитивность»: 1-я группа  $1,24 \pm 0,51$  балла, 2-я группа –  $0,48 \pm 0,42$  балла;  $p < 0,01$ ). Сензитивные переживания включали навязчивые мысли в отношении собственных поступков или поступков окружающих (шкала «обсессивность–компульсивность»: 1-я группа –  $1,22 \pm 0,46$  балла, 2-я группа –  $0,66 \pm 0,43$  балла;  $p < 0,01$ ).

После консультативной беседы психотерапевтом было предложено участие в групповых сеансах. С учетом личного опыта обследуемых, большинство из которых на рабочих местах неоднократно проходили сеансы релаксации (в структуре предприятия существовала психоло-



Синдромальные профили обследуемых по данным опросника SCL-90-R. По оси ординат – баллы, по оси абсцисс шкалы: som – соматизация; o-c – обсессивность–компульсивность; int – межличностная сензитивность; dep – депрессивность; anx – тревожность; hos – враждебность; phob – фобическая тревога; par – паранойяльность; psy – психотизм; gsi – индекс выраженности симптомов

Таблица 1

## Выраженность синдромов по данным опросника SCL-90-R в 1-й группе в процессе психотерапии

Показатель	До психотерапии		После психотерапии		p (крит. Вилкоксона)
	M	SD	M	SD	
som	1,34	0,56	0,62	0,47	0,01
o-c	1,22	0,46	0,61	0,29	0,07
sen	1,24	0,51	0,67	0,54	0,05
dep	1,31	0,52	0,73	0,65	0,01
anx	1,28	0,60	0,61	0,55	0,01
hos	1,01	0,56	0,45	0,36	0,03
phob	0,63	0,53	0,23	0,20	0,02
par	1,03	0,62	0,38	0,36	0,01
psy	0,63	0,39	0,39	0,42	0,01
gsi	1,12	0,39	0,55	0,35	0,01

Здесь и далее M (mean) – среднее значение в баллах опросника; SD – стандартное отклонение.

гическая служба), согласие на групповую терапию было получено от всех 85 человек. Психотерапия включала суггестивные техники, интегративные техники работы с дыханием и мышечными группами (интегративно-управляемый пневмокатарсис). Психотерапия проводилась в 2 этапа в течение 3 недель по 4 сеанса в неделю (12 сессий) с продолжительностью сеансов от 45 до 120 минут. С первого сеанса, наряду с приемами классического гипноза, использовались управляемые дыхательные упражнения. При этом сеанс носил познавательный-обучающий характер. Интенсивность дыхания и продолжительность дыхательных фаз задавались психотерапевтом. На этом этапе использовались эмоционально нейтральные природные шумы (шум леса, океана). Следующему этапу (обучающе-лечебному) предшествовало также овладение «направленным дыханием» с выработкой навыков мысленного управления собственными ощущениями с дальнейшим переходом на расслабляющее дыхание. Данный этап также сохранял элементы управления, но в определенный момент сеанса (установленный врачом) пациенты переходили на автономное дыхание, что сочеталось с более эмоциональной музыкой. Здесь же в сеанс интегрировались приемы работы с телом с постепенным вовлечением

в сокращение-расслабление мышц различных групп и их синхронизацией с фазами дыхания. Завершающий этап, собственно катарсис, был наибольшим по продолжительности, функция врача заключалась в контроле. Подробно структура данного метода психотерапии отражена в авторском пособии [2]. Повторное обследование с применением опросника SCL-90-R после психотерапии показало статистически значимое (использован T-критерий Вилкоксона) улучшение практически по всем симптомокомплексам в обеих группах (табл. 1, 2). Следует отметить, что показатели во 2-й группе стали нормативными, что нашло отражение и в констатации состояния здоровья. В 1-й группе показатели депрессии и тревоги хотя и достоверно снизились, тем не менее не достигли нормативных [5, 9], что выражалось в субсиндромальных аффективных расстройствах. Это, по-видимому, было связано, с одной стороны, с кратковременностью курса терапии, а с другой, с отсутствием фармакотерапии антидепрессантами в силу недостаточной организации оказания помощи в санатории пациентам с выявленными аффективными нарушениями. Указанным пациентам были даны рекомендации по дальнейшей терапии, включающей как психотерапевтическое сопровождение, так и антидепрессанты. В частности, 4 участника исследования прошли стационарное лечение в условиях отделения неврозов и психотерапии психиатрической клиники.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование показало наличие высокого процента аффективных нарушений (85%, в их числе с очерченными тревожно-депрессивными расстройствами – 52%) у контингента работоспособных граждан, проходящих санаторное лечение, что требует введения определенных организационных подходов как в психотерапевтическом, так и в фармакологическом сопровождении таких пациентов в период санаторно-курортного лечения.

Таблица 2

## Выраженность синдромов по данным опросника SCL-90-R в 2-й группе в процессе психотерапии

Показатель	До психотерапии		После психотерапии		p (крит. Вилкоксона)
	M	SD	M	SD	
som	0,65	0,41	0,30	0,22	0,01
o-c	0,66	0,43	0,45	0,37	0,01
sen	0,48	0,42	0,36	0,26	0,74
dep	0,39	0,21	0,26	0,20	0,02
anx	0,39	0,31	0,14	0,12	0,03
hos	0,48	0,44	0,26	0,23	0,29
phob	0,16	0,24	0,12	0,16	0,14
par	0,42	0,42	0,20	0,18	0,20
psy	0,17	0,17	0,15	0,15	0,22
gsi	0,44	0,24	0,25	0,16	0,00

Примечание: отсутствие статистически значимого улучшения по ряду шкал связано с изначально их низкими показателями, не превышающими нормативные.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андрищенко, А. В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине / А. В. Андрищенко // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 1. – С. 14–28.
2. Будза, В. Г. Возрастные и гендерные особенности невротических расстройств: пособие для врачей и клинических психологов / В. Г. Будза, Е. Ю. Антохин. – М.: ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, 2011. – 46 с.
3. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.

4. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский [и др.]. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.

5. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.

6. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств / Т. Багай [и др.] // Доклад рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных / пер. с англ. ред. В. Н. Краснов. – М. : РОП, 2008. – 216 с.

7. *Bramney, P.* Big boys don't cry: depression and men / P. Branney, A. White // *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2008. – № 14. – P. 256–262.

8. *Casey, P.* Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary / P. Casey, C. Dowrick, G. Wilkinson // *British J. of Psychiatry.* – 2001. – № 179. – P. 479–481.

9. *Derogatis, L. R.* Confirmation of the dimensional structure of the SCL – 90 : a study in construct validation / L. R. Derogatis, P. A. Cleary // *J. Clin. Psychol.* – 1977. – № 33. – P. 981–989.

10. *Hotopf, M.* Is «somatisation» a defense against the acknowledgment of psychiatric disorder? / M. Hotopf, M. Wadsworth, S. Wessely // *J. Psychosomatic Research.* – 2001. – № 50. – P. 119–124.

11. *Kessler, R. C.* Распространенность психических заболеваний (по показателю «в течение жизни») и их распределение по возрасту пациентов к периоду возникновения патологии по данным обзора, выполненного по программе Всемирной организации здравоохранения / R. C. Kessler, M. Angermeyer, J. C. Anthony // *World Psychiat.* – 2007. – Vol. 6. – № 3. – С. 168–176.

## РЕЗЮМЕ

Е. Ю. Антохин

Диагностика и пути коррекции аффективных расстройств в условиях санаторного лечения

Обследованы 100 отдыхающих в санатории с целью выявления аффективных расстройств. Использованы клинический метод и опросник SCL-90-R. Симптомы аффективного спектра выявлены у 85 человек (85 %). Проведена групповая психотерапия (12 сессий). Повторное обследование показало статистически значимое улучшение показателей, но показатели депрессии и тревоги не достигли нормативных. Это связано, с одной стороны, с кратковременностью курса терапии, а с другой, с отсутствием фармакотерапии антидепрессантами. Данное исследование показало наличие высокого процента аффективных нарушений у лиц, проходящих санаторное лечение.

**Ключевые слова:** санаторное лечение, аффективные расстройства, психотерапия.

## SUMMARY

E. Yu. Antokhin

Diagnosis and the ways of correction in affective disorders in the sanatorium treatment settings

One hundred people staying in a sanatorium were examined for affective disorders. Clinical methods of examination and the questionnaire SCL-90-R were used for the purpose. Affective spectrum symptoms were found in 85 subjects. The examinees underwent a course of psychotherapy (12 sessions). Reexamination revealed a statistically significant improvement in the majority of the symptoms whereas the rates of depression and anxiety did not reach normative values. The results may be attributed on the one hand to the shortness of the therapy course and on the other hand to the absence of antidepressant pharmacotherapy. This study showed a high percentage of affective disorders in the people undergoing sanatorium treatment.

**Key words:** sanatorium treatment, affective disorders, psychotherapy.

© М. П. Билецкая, М. И. Бурлакова, 2011 г.  
УДК 616.248-053.32:371.398]:612.821.017.2

М. П. Билецкая, М. И. Бурлакова

## АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия; Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов имени Г. А. Альбрехта

## ВВЕДЕНИЕ

Недостаточность научных знаний о психосоматических соотношениях при бронхиальной астме (БА) в детском возрасте, роли биологических, психологических и социальных факторов в возникновении и развитии заболевания, несомненно, делают данную проблему актуальной в настоящее время [1–4]. Рецидив заболевания является стрессовой ситуацией для всех членов семейной системы, что обуславливает необходимость адаптации. Копинг-стратегии являются способами поведения, позволяющими ослабить воздействие стрессора [6–9]. Изуче-

ние особенностей реагирования на стресс членов семей детей с БА является крайне важным и может служить основанием для проведения семейной психотерапии.

Цель исследования – изучить особенности защитно-совладающего поведения каждого члена семьи ребенка с БА и особенности защитно-совладающего поведения такой семьи как системы.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего исследованы 300 человек. Основная группа: 50 полных семей – 50 детей (20 девочек и 30 мальчиков) 9–11 лет с атопической формой БА среднетяжелой степени тяжести и 100 родителей в возрасте 30–38 лет; контрольная группа – 50 полных семей условно здоровых детей 9–11 лет. Выборку составили благополучные семьи. В 85 % случаев родители имели высшее образование.

Методы исследования: психодиагностический – опросник копинг-стратегий школьного возраста N. M. Ryan-Wenger, адаптированный Н. А. Сиротой и В. М. Ялтонским; «Копинг-тест» R. Lazarus, адаптированный Т. Л. Крюковой; опросник «Индекс жизненного стиля» R. Plutchik – Н. Kellerman – Н. Couste, адаптированный лабораторией клинической психологии СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева; «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3) Д. Олсона, адаптированная М. Перре; сравнительный анализ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Совладающее поведение детей с БА было представлено использованием единичных копинг-стратегий, основным содержанием которых является телесный контакт и отношения привязанности («обнимаю, прижимаю, глажу...») – используют 80 % детей с БА и 48 % здоровых детей;  $p < 0,01$ ), обращение к Богу как Высшей силе с просьбой разрешить трудную ситуацию («молюсь» – 16%; 10%;  $p < 0,01$ ) или диады стратегий, основное содержание которых – аффективное отреагирование с агрессией, направленной вовне (экстрапунитивный тип реакции: «бью, ломаю, швыряю вещи» – «схожу с ума» (20, 8 % и 16, 8 %;  $p < 0,01$ ). Здоровые дети использовали в трудной ситуации комплексы копинг-стратегий, помогающие гибко решать возникающие трудности ( $p < 0,01$ ).

Психологические защитные механизмы родителей (ПЗМ). Матери детей с БА характеризовались высоким уровнем интеллектуализации ( $5,4 \pm 1,25$ ;  $4,08 \pm 1,07$ ;  $p < 0,001$ ), а отцы – реактивными образованиями ( $3,28 \pm 1,27$ ;  $2 \pm 1,04$ ;  $p < 0,001$ ). Матери больных детей стремились логически объяснять причины возникновения приступов у ребенка: «надыхался пылью», «объелся сладкого». Использование реактивных образований свидетельствовало о предотвращении выражения неприятных мыслей, чувств и поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Отцы детей с БА испытывали эмоциональное безразличие или неприятие, связанное с необходимостью соблюдать рекомендации специалистов по лечению БА, демонстрировали жалость и заботливость по отношению к больному ребенку.

Совладающее поведение родителей. Матери детей с БА использовали такой способ совладания, как планирование решения проблемы ( $11,48 \pm 2,29$ ;  $10 \pm 2,06$ ;  $p < 0,05$ ), что может быть обусловлено необходимостью соблюдения рекомендаций специалистов по лечению или по вторичной профилактике заболевания. Несмотря на значимо высокий уровень планирования решения, матерям

детей с БА было трудно принимать ответственность на себя ( $6,96 \pm 1,96$ ;  $8,2 \pm 1,52$ ;  $p < 0,05$ ). Несоответствие между высоким значением планирования решения и сниженным уровнем принятия ответственности свидетельствует о малоадаптивности их копинг-поведения. Для отцов больных детей были характерны такие копинг-стратегии, как конфронтация ( $10 \pm 1,25$ ;  $8,72 \pm 1,74$ ;  $p < 0,01$ ), дистанцирование ( $11,8 \pm 1,29$ ;  $9,72 \pm 1,81$ ;  $p < 0,001$ ) и самоконтроль ( $13,88 \pm 1,58$ ;  $12,08 \pm 2,69$ ;  $p < 0,01$ ). Конфронтация определяет степень враждебности к факту болезни. Дистанцирование показывает стремление отцов отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость, а самоконтроль помогает регулированию своих чувств и действий. Следовательно, совладающее поведение родителей при обострении астмы у ребенка тоже было малоадаптивным.

Семейная сплоченность и семейная адаптация в семьях детей с БА. Семейная сплоченность – это степень эмоциональной связи между членами семьи. Д. Олсоном было выделено 4 уровня семейной сплоченности: разобщенная, разделенная, объединенная и запутанная [5].

В семьях детей с БА выявлен разделенный (низко сбалансированный) уровень семейной сплоченности:  $36 \pm 4,73$  – у матерей;  $38 \pm 3,55$  – у отцов;  $p < 0,001$ . Для семей здоровых детей была характерна объединенная (сбалансированная) сплоченность:  $41,72 \pm 2,79$  для матерей;  $41,92 \pm 1,89$  – для отцов;  $p < 0,001$  (рис. 1; 2). В семьях больных детей мать была сконцентрирована на самочувствии ребенка. Отец больше времени посвящал работе и в меньшей степени заботился о ребенке. Для родителей детей с БА был характерен такой параметр семейной адаптации, как «дисциплина в семье» ( $6,2 \pm 1,52$ ;  $5,2 \pm 1,19$ ;  $p < 0,05$  для матерей;  $6,84 \pm 1,81$ ;  $5,44 \pm 1,04$ ;  $p < 0,05$  для отцов), что может быть обусловлено необходимостью постоянного контроля над самочувствием больного ребенка.

Таким образом, выявленное малоадаптивное защитно-совладающее поведение членов семей детей с БА может свидетельствовать о низком адаптационном потенциале семейной системы в целом. Данные особенности

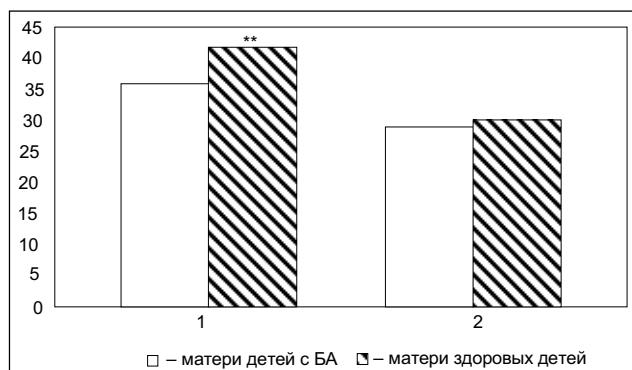


Рис. 1. Семейная сплоченность и адаптация у матерей детей больных БА и здоровых детей. По оси абсцисс – баллы, по оси ординат – шкала FACES-3: 1 – сплоченность; 2 – адаптация; □ – матери детей с БА; ▨ – матери здоровых детей; \*\* –  $p < 0,01$

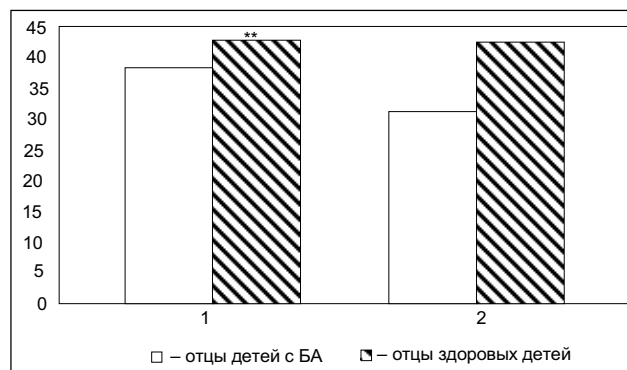


Рис. 2. Семейная сплоченность и адаптация у отцов детей больных БА и здоровых детей. По оси абсцисс – баллы, по оси ординат – шкала FACES-3: 1 – сплоченность; 2 – адаптация; □ – отцы детей с БА; ▨ – отцы здоровых детей; \*\* –  $p < 0,01$



следует учитывать при проведении семейной психотерапии и психокоррекции.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для семей детей с БА было характерно малоадаптивное защитно-совладающее поведение, что обуславливает необходимость проведения семейной психотерапии и психокоррекции с целью снижения риска возникновения приступов БА путем обучения членов семьи адаптивному поведению как в период обострения заболевания у ребенка, так и в периоды ремиссии. Проведение семейной психотерапии (психокоррекции) позволит оптимизировать внутрисемейные отношения, снизить напряжение, семейную тревогу и рецидивы заболевания ребенка, что закладывает основы саногенетических механизмов семьи ребенка с бронхиальной астмой и формирует высокий адаптационный потенциал семейной системы в целом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов, Ю. Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. – СПб. : Речь, 2002. – 560 с.
2. Билецкая, М. П. Краткосрочная «ромбовидная» векторная семейная психотерапия : учеб.-метод. пособие / М. П. Билецкая. – СПб., 2006. – 40 с.
3. Исаев, Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2005. – 400 с.
4. Крюкова, Т. Л. Психология семьи : жизненные трудности и совладание с ними / Т. Л. Крюкова, М. В. Сапорова, Е. В. Куфтяк. – СПб. : Речь, 2005. – 240 с.
5. Лидерс, А. Г. Психологическое обследование семьи: учеб. пособие – практикум для студ. фак-тов психологии высш. учеб. заведений / А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2006. – 432 с.
6. Никольская, И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб. : Речь, 2001. – 507 с.

7. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учеб. пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб. : Речь, 2003. – 336 с.

8. Kliever, W. Coping in Middle Childhood: Relations to Competence, Type A Behavior, monitoring, blunting and Locus of Control / W. Kliever // Dev. Psychol. – 1991. – Vol. 27. – № 4. – P. 689–697.

9. Lazarus, R. S. Coping theory and research : past, present and future / R. S. Lazarus // Psychosomatic Medicine. – 1993. – Vol. 55. – P. 234–247.

## РЕЗЮМЕ

М. П. Билецкая, М. И. Бурлакова

### Адаптационный потенциал членов семей детей с бронхиальной астмой

У членов 50 семей (150 человек) детей с бронхиальной астмой и 50 семей условно здоровых детей исследованы особенности защитно-совладающего поведения. Выявлены и описаны особенности защитно-совладающего поведения, как каждого члена семьи, так и на системном семейном уровне. Указанные особенности необходимо учитывать в семейной психотерапии (психокоррекции) детей с бронхиальной астмой.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, психологические защиты, копинг-стратегии, семейный копинг, семейная сплоченность и адаптация, адаптационный потенциал.

## SUMMARY

M. P. Biletskaya, M. I. Burlakova

### Adaptive potential in the members of families with asthmatic children

Specific features of the protective coping behavior in the members of 50 families (150 people) with asthmatic children and 50 families with healthy children have been investigated. Specificity of the protective coping behavior in each member of the family and in the family as a whole has been elicited and described. These specific features are to be taken into account in planning the family therapy.

**Key words:** bronchial asthma, psychological defense, coping strategy, family coping, family cohesion and adaptation, adaptive capacity.

© Л. В. Бородкина, 2011 г.  
УДК 616.89-008.454-008.447

Л. В. Бородкина

## ОСОБЕННОСТИ ПЕРЦЕПТИВНОЙ УЯЗВИМОСТИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Тверской областной клинический психоневрологический диспансер

## ВВЕДЕНИЕ

Современные модели возникновения депрессивных расстройств рассматривают когнитивную уязвимость как один из основных факторов развития болезни под воздействием стрессоров. Дисфункциональное мышление

депрессивных больных хорошо изучено в рамках когнитивного подхода и является основной мишенью эффективного психотерапевтического воздействия [1, 5]. Литературные обзоры последних лет суммируют результаты исследований о роли когнитивных процессов в патогенезе депрессий подросткового и юношеского возраста и выделяют в качестве имеющих наибольшее значение следующие когнитивные конструкции: особенности мышления, атрибутивный стиль и дисфункциональные отношения [6, 7].

Между тем зрительный гнозис является наиболее важным для ориентации в окружающей действительности психическим процессом и онтогенетически первичен относительно процессов мышления. Основой мотивации любого поведения является связь образа текущего восприятия с эмоциональной оценкой воспринятого [3]. Перцептивное развитие неразрывно связано с единым процессом познания, в котором восприятие, мышление

и деятельность образуют целостную познавательную систему. Проблема формирования перцептивного образа изучалась в основном в рамках когнитивной психологии вне связи с эмоциональными явлениями.

В доступной нам литературе особенности обработки информации на уровне перцепции при депрессивных расстройствах практически не изучены. Специфика обработки перцептивных гипотез на невербальном уровне может быть рассмотрена как предрасположенность дальнейшей когнитивной уязвимости на уровне мышления.

Изучение литературных данных и анализ результатов смежных исследований в области психиатрии, медицинской, когнитивной и социальной психологии позволили сформулировать следующее предположение: у больных, страдающих депрессией в юношеском и раннем зрелом возрасте, в отличие от здоровых лиц того же возраста, существуют устойчивые предпочтения к определенным способам приема и переработки информации на перцептивном уровне. Индивидуально-своеобразные способы переработки информации в виде устойчивых различий в восприятии, анализе, структурировании, категоризации, оценивании происходящего в современной психологической науке обозначаются понятием «когнитивный стиль» [4].

**Цель** исследования: проведенное нами экспериментальное исследование направлено на прояснение специфики перцептивного процесса при наличии депрессивной симптоматики эндогенного и психогенного генеза в сравнении с условно здоровыми лицами.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве предмета исследования выступили следующие когнитивные стили: импульсивность – рефлексивность (методика «Сравнение похожих рисунков» Дж. Кога-на), ригидный – гибкий познавательный контроль (методика «Словесно-цифровая интерференция» Дж. Струпа), узкий – широкий диапазон эквивалентности (методика «Свободная сортировка объектов» Р. Гарднера). В качестве объекта исследования выступали пациенты круглосуточных и дневных стационаров Тверского областного клинического психоневрологического диспансера – 80 человек в возрасте от 17 до 35 лет. Общей клинической чертой пациентов основной группы являлось наличие ведущего депрессивного синдрома при психических расстройствах эндогенного и психогенного генеза средней степени тяжести (две подгруппы по 40 человек). Диагностика депрессивного расстройства была проведена лечащими врачами-психиатрами в соответствии с критериями МКБ-10. Контрольную группу составили студенты очного и заочного отделений Тверского государственного университета – 40 человек. Критерием отбора здоровых испытуемых служило отсутствие психических и неврологических расстройств.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования были выявлены статистически значимые различия в преобладании

изучаемых когнитивных стилей у здоровых людей и лиц с депрессией ( $p < 0,01$ ) и у лиц с депрессивными расстройствами эндогенного и экзогенного генеза между собой ( $p < 0,05$ ).

Для больных с депрессивным расстройством эндогенного генеза наиболее предпочитаемыми оказались параметры изучаемых когнитивных стилей, которые образуют некий профиль устойчивого соотношения импульсивности (86%), ригидности познавательного контроля в сочетании с высоким показателем коэффициента вербальности (67%) и синтетичности (глобальности) (72%) при переработке перцептивных гипотез на невербальном уровне восприятия. Для больных с депрессивным расстройством психогенного генеза характерен несколько другой профиль сочетаемости параметров когнитивных стилей: рефлексивность (81%), ригидность познавательного контроля в сочетании с низким показателем коэффициента вербальности (74%) и аналитичность (детализация) (65%). В группе здоровых лиц устойчивой сочетаемости показателей когнитивных стилей выявлено не было.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, гипотеза о специфике когнитивной организации на уровне перцепции при депрессивных расстройствах разного генеза подтвердилась.

Можно предположить, что выявленные нами профили сочетания параметров когнитивных стилей при эндогенных и психогенных депрессивных расстройствах в молодом возрасте имеют непосредственное значение при формировании и закреплении депрессивного типа реагирования еще на довербальном, допонятийном уровне. Согласно психодинамическим представлениям о природе депрессивных расстройств, для депрессивных больных характерна регрессия к ранним стадиям психосексуального развития, инфантильная депрессивная позиция [2]. Соответственно, можно предположить регрессию к незрелым формам перцептивной обработки информации при депрессиях или статичную недостаточность развития зрительного гнозиса как перцептивную уязвимость для развития депрессивных расстройств. Детальное изучение становления познавательных операций процесса восприятия в ходе онтогенеза представляется перспективным для понимания начальных механизмов формирования депрессивного типа реагирования и определения характерных признаков дисфункционального восприятия депрессивных больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бек, А. Когнитивная терапия : полное рук-во / А. Бек, С. Джудит. – М., 2006. – С. 15–24.
2. Психодинамический анализ депрессий // Сб. ст. под ред. проф. М. М. Решетникова. – СПб., 2008. – С. 31–44.
3. Теория развития : дифференционно-интеграционная парадигма / сост. Н. И. Чуприкова. – М., 2009. – С. 44–52.
4. Холодная, М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума / М. А. Холодная. – М., 2004. – С. 17–23.

5. Эллис, А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / А. Эллис, У. Драйден. – СПб., 2002. – С. 27–33.

6. Jacobs, R. H. Empirical evidence of cognitive vulnerability among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective / R. H. Jacobs [et al] // *Clinical Psychology Review*. – 2008. – Vol. 28. – № 8. – P. 759–782.

7. Rood, L. The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: a meta-analytic review / L. Rood [et al] // *Clinical Psychology Review*. – 2009. – Vol. 29. – № 9. – P. 607–616.

## РЕЗЮМЕ

*Л. В. Бородкина*

**Особенности перцептивной уязвимости при депрессивных расстройствах в молодом возрасте**

Обосновывается возможность изучения перцептивного развития и особенностей обработки перцептивных гипотез как причинных факторов возникновения депрессивных расстройств. Исследуется специфика перцептивного процесса при депрессивных расстройствах эндогенного и психогенного генеза с помощью

показателей когнитивных стилей. Выявлены устойчивые сочетания предпочитаемых когнитивных стилей при депрессивных расстройствах различного генеза.

**Ключевые слова:** депрессия, зрительный гнозис, когнитивные стили, перцептивная уязвимость.

## SUMMARY

*L. V. Borodkina*

**Specificity of perception vulnerability in depression at young age**

The paper presents the ways to investigation into perception development and specificity of perception hypothesis interpretation as casual factors of depressive disorder development. Specificity of the perception process in depressive disorders of endogenic and psychogenic origin is investigated by means of cognitive style indicators. Stable combinations of preferable cognitive styles in depressive disorders of various types of origin have been found.

**Key words:** depression, visual perception, cognitive styles, perception predisposition.

© Коллектив авторов, 2011 г.  
УДК 616.89-008.19:616.61-008.64-036.92-085.38]-08

**Н. П. Ванчакова, А. В. Смирнов,  
Н. В. Красильникова, Е. А. Вацкель,  
Н. О. Ананичев**

## КОГНИТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ ГОТОВНОСТИ К ПРОСЛУШИВАНИЮ ОБЪЕКТОВ АУДИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПОЧЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕБНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

## ВВЕДЕНИЕ

Анализ периодической литературы указывает на то, что аудиотерапия нашла свое место в программах комплексного лечения различных заболеваний [1, 3, 6–8]. Имеется опыт применения музыкотерапии при выполнении хирургических манипуляций, лечении желудочно-кишечных заболеваний, оказании медицинской помощи больным с хронической почечной недостаточностью [9]. Сформировалось представление, что музыкотерапия улучшает состояние больных [6]. Получены данные о том, что в формировании эмоций в большей степени участвуют лад и темп прослушиваемого музыкального произведения [4, 10]. Но сохраняется большое число вопросов относительно выраженности и характера улучшения, ус-

тойчивости достигнутого эффекта. Особенно это важно для пациентов с хроническими почечными заболеваниями (ХПЗ) с хронической почечной недостаточностью (ХПН) и лечебным хроническим гемодиализом (ХГ), которые получают сложную медикаментозную терапию и, несмотря на это, имеют много вторичных психосоматических расстройств.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении когнитивного компонента готовности больных ХПЗ с ХПН и лечебным ХГ к прослушиванию объектов аудиотерапии.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Был исследован 41 пациент с хроническими почечными заболеваниями, которые достигли стадии ХПН и получали ХГ в течение 1–25 лет. У 24 (56 %) из них имелись тяжелые соматические осложнения. В обследованной группе было 18 мужчин (возраст – 24,5+20,5 года) и 23 женщины (возраст – 20+40,5 года). Социальный статус был неоднородным, но преобладали пациенты работающие и не состоящие в браке. Использованы следующие методы: УСК [2], мотивационное интервью [5], визуально аналоговые шкалы (ВАШ) для оценки уровня понимания своего состояния (чувства и ощущения), в частности, ощущения хронической боли и хронического зуда. Из метода мотивационного интервьюирования извлекались такие элементы, как индуктивное расспрашивание, активное выслушивание, регулярное использование подведения итога, избегание обвинений, доводы «за» и «против» альтернативного образа действий, а также формирование и подкрепление адаптивных установок и форм поведения. Всем больным давались для прослушивания одни и те же плей-листы. Плей-листы были специально сформированы на основе анализа физических и интонационных

характеристик музыкальных фрагментов. Плей-листы больные прослушивали в период получения процедуры гемодиализа. Прослушивание проводилось с помощью индивидуальных плееров и стереофонических наушников.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании результатов психологического обследования когнитивного компонента готовности к прослушиванию объектов аудиотерапии были сформированы три группы пациентов. В первую группу были включены 9 пациентов: 3 мужчин, 6 женщин (возраст –  $27,5 \pm 10$  года). Длительность ХГ колебалась от 1 года до 8 лет. Соматически эта группа была менее отягощенной, только у одного пациента имелась сопутствующая патология. Во вторую группу был включен 21 пациент: 10 мужчин, 11 женщин (возраст –  $45 \pm 25,5$  года). Длительность ХГ – колебалась от 1 года до 25 лет. У 16 из них имелись сопутствующие заболевания. В третью группу были включены 11 пациентов: 5 мужчины и 6 женщины (возраст  $54,5 \pm 25$  лет). Длительность ХГ от 1 года до 10 лет. У всех больных этой группы имелись сопутствующие заболевания. По социальному положению группы были рандомизированы.

Все больные первой группы имели средние, приближенные к норме, показатели локуса контроля (5,2) и только по шкале «здоровье и болезни» несколько завышенный экстернальный уровень (4,52). При мотивационном интервью представители этой группы быстрее соглашались на необходимость сотрудничества пациента и врача, аргументировали необходимость в открытых доверительных отношениях, проявляли интерес к предлагаемым методам саморегуляции. При определении уровней чувств и ощущений (в том числе зуда –  $3,86 \pm 0,92$  и боли –  $3,8 \pm 1,2$ ) больные этой группы более выражено характеризовали свои состояния и ярче и многообразней описывали в словесной форме, используя развернутые предложения и метафоры.

Все больные второй группы имели высокие уровни экстернального контроля (3,4). При мотивационном интервью проявляли сомнение в необходимости открытых доверительных отношений между врачом и пациентом, использовали негативные высказывания о необходимости взаимодействия с разными специалистами, кроме лечащего врача. Сомневались в необходимости и эффективности методов саморегуляции. При определении уровней чувств и ощущений (в том числе зуда – 4,5 и боли – 6,7) проявляли крайние состояния – гиперчувствительность или гипочувствительность при описании ощущений. Лексика была скудная, они нуждались в дополнительной «линейке-словаре» для описания своего состояния. Чувства обозначали оценочно («хорошо – плохо»; «приятно – неприятно»), превалировало выражение «устал – устала». Однако у этой группы был ярко выражен интерес и готовность к взаимодействию при обследовании. Они проявляли желания обсуждать свое состояние дальше,

проговаривали жалобы о своей жизни и обнаруживали стремление изменить ее, как правило, в выражении «вернуться» в прежнее состояние.

Все больные третьей группы имели высокие показатели экстернального контроля (2,7). С нежеланием проходили мотивационное интервью и опрос по шкале чувств и ощущений. Ответы были односложными, наблюдался «уход в себя», общение по формальному признаку. Преобладали чувства негативного характера: обида, разочарование, печаль, уныние. Ощущения, как правило, были гиперчувствительные: характерные выражения «все болит», «зудит и зудит, так, что сил нет» (9,8). Эти больные отличались капризностью в поведении, недоверим и враждебным отношением к окружающим, текущей ситуации. Прослушивание плей-листов проводилась в течение 4-х месяцев. Пациенты прослушивали плей-листы от 1,5 до 2 часов при каждой процедуре гемодиализа.

При прослушивании плей-листов больные первой группы обнаружили наиболее выраженную динамику. Она проявилась в активной позиции при собеседовании по результатам прослушивания, заинтересованности и высоком желании слушать плей-листы дальше. Во время повторного обследования показатели УСК изменились в сторону нормы (5,8), в том числе и по шкале «здоровье» (5,4). Больные положительно оценивали собственный опыт проб в саморегуляции.

У больных второй группы тоже имелась положительная динамика в показателях УСК. У большинства они приблизились к норме по шкале «здоровье» (5,2). Но представители этой группы с трудом и большим сомнением принимали ответственность за свои чувства и состояния. Подвижки в положительную сторону возникали при наличии более сильной актуальной персоны (врача, психолога, волонтера, родственника), находящегося рядом и проявляющего поддержку, оптимизм и волю. По шкале оценки ощущений весомой разницы в результатах не наблюдалось (6,8). О чувствах они говорили в более расширенном диапазоне положительных чувств, лексика обогатилась, распространенных предложений стало больше.

У больных третьей группы динамика УСК была незначительна. Мотивационное интервью показало, что пациенты этой группы слушали плей-листы как развлекательную программу и не реагировали на ее смысловые части. И, более того, проявляли к ним враждебность в типичной фразе: «Зачем мне это, уберите! Оставьте только...». Оценка чувств показала, что больные говорили более распространено о положительных чувствах и называли их более широкий диапазон. Но это касалось только прослушиваемого плей-листа, вызвавшего положительный отклик на реальную жизнь, а на состояние самого больного это не переносилось. Ощущения оценивались так же в гиперчувствительно-негативной каннотации. А оценка неприятных ощущений во время прослушивания оценивалась как сниженная: «Когда слушаю, так кажется поменьше болит или ничего не чувствую». При этом показатели по шкале ВАШ боль и зуд продолжали оставаться высокими (9,2).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование установило, что больные ХПН и ХГ имели различные показатели когнитивного компонента готовности к аудиотерапии, включающей музыкальные плей-листы, сформированные на основании анализа характеристик музыки и ее психотерапевтического воздействия. Различие показателей когнитивного компонента позволило определить три уровня состояния больных по отношению к степени сформированности когнитивного компонента готовности к прослушиванию аудиообъектов. Представители первой группы – с выраженным уровнем сформированности когнитивного компонента готовности к прослушиванию аудиообъектов – могли самостоятельно, при небольшой поддержке со стороны специалиста, использовать предлагаемую на плей-листе музыкальную информацию для изменения своего состояния. Проявляли высокую активность при прослушивании плей-листов, анализе содержания и собственного состояния. Представители второй группы имели средний уровень сформированности когнитивного компонента готовности к прослушиванию аудиообъектов. Они имели положительную динамику когнитивного компонента готовности к прослушиванию плей-листов, и она зависела от активного участия специалиста. При взаимодействии и проявлении инициативы со стороны специалиста эти больные анализировали содержание музыкальных фрагментов, свое состояние. Но при предложении прослушивать самостоятельно и заполнять карту своего состояния протестовали и ставили как условие совместный контакт. Представители третьей группы имели низкий уровень сформированности когнитивного компонента готовности к прослушиванию аудиообъектов. Эта группа включала больных с более тяжелым соматическим состоянием, более старшей возрастной группы и более длительным ХГ. Для них было характерно инфантильное поведение, нежелание адресовать ответственность к себе и принимать возможности саморегуляции. Они были готовы только к восприятию музыки, ориентированной на удержание и укрепление «базового доверия к миру».

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брусиловский, Л. С. Использование музыки при групповом аутотренинге в комплексном восстановительном лечении психических больных / Л. С. Брусиловский // Труды Ленинград. Психоневролог. ин-та. – 1975. – Т. 76. – С. 97–101.
2. Бажин, Е. Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля / Е. Ф. Бажин, Е. А. Гольякина, А. М. Эткинд // Психолог. журн. – 1984. – Т. 5. – № 3. – С. 152–163.
3. Гринёва, И. М. Изучение особенностей музыкального восприятия у больных с начальными проявлениями неполноценности

кровообращения мозга : дисс. ... канд. мед. наук / И. М. Гринёва. – Л., 1981. – С. 14–16.

4. Курьшева, И. В. Психотерапевтические возможности восприятия «живой» классической музыки / И. В. Курьшева // Ученые записки. – 2009. – Т. XVI. – № 4. – С. 71–73.
5. Муздыбаев, К. Психология ответственности / К. Муздыбаев. – Л., 1983.
6. Hasches, H. Music and medicine / H. Hasches // Wien. med. Waschr. – 1978. – Bd. 128. – № 1. – S. 1–9.
7. Kim, Y. O. Effect of music's Therapy on Stress and Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis / Y. O. Kim // J. Korean. Acad. Nurs. – 1993. – № 23 (3). – S. 431–452.
8. Nordorff, P. Music als Therapie fur behindene Kinder / P. Nordorff, C. Robbins. – Kiett-Cotta, 1983. – S. 222–224.
9. Pothoulaki, M. An investigation of the effects of music on anxiety and pain perception in patients undergoing hemodialysis treatment / M. Pothoulaki // J. of health psychology (J. Health Psychol). – 2008. – Vol. 13 (issue). – P. 912–920.
10. Zhao, H. H. Both happy and melodies modulate tonic human heat pain / H. H. Zhao [et al] // The journal of pain: official journal of American Pain Society (J. Pain). – 2009. – Vol. 10 (issue 9). – P. 953–960.

## РЕЗЮМЕ

*Н. П. Ванчакова, А. В. Смирнов, Н. В. Красильникова, Е. А. Вацкель, Н. О. Ананичев*

**Когнитивный компонент готовности к прослушиванию объектов аудиотерапии у больных хроническими почечными заболеваниями, находящихся на лечебном гемодиализе**

Исследование показало, что у больных ХПН и ХГ различные показатели когнитивного компонента в готовности к аудиотерапии. Были выделены три группы больных по трем уровням состояния и по степени сформированности когнитивного компонента готовности к прослушиванию плей-листов. Полученные данные должны быть использованы при создании плей-листов для музыкальной терапии, ориентированной на пациентов с разной готовностью к ее восприятию.

**Ключевые слова:** аудиотерапия, музыкальная терапия, когнитивный компонент, хронический гемодиализ, хроническая почечная недостаточность.

## SUMMARY

*N. P. Vanchakova, A. V. Smirnov, N. V. Krasilnikova, E. A. Vatskel, N. O. Ananichev*

**Cognitive component of willingness to audio therapy listening among chronic renal disease patients on hemodialysis**

The study shows that chronic renal disease and chronic hemodialysis patients have dissimilar indices of cognitive component of willingness to music therapy listening. The patients were divided into three groups in accordance with the level of their condition and the level of the cognitive component for readiness to the play list listening. The data obtained should be used while creating music therapy playlists oriented at patients with dissimilar readiness for music therapy.

**Key words:** audiototherapy, music therapy, cognitive component, chronic hemodialysis, chronic renal disease.

© Н. П. Ванчакова, И. В. Тельнюк, В. А. Худик, 2011 г.  
УДК 614.23:371

**Н. П. Ванчакова, И. В. Тельнюк,  
В. А. Худик**

## **РОЛЬ ПЕДАГОГИКИ САМО- ОБРАЗОВАНИЯ В ПРОФЕС- СИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОС- ТИ ВРАЧА**

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

### **ВВЕДЕНИЕ**

В современных условиях медицинского образования будущие врачи получают широкую специальную подготовку, которая завершается обучением в интернатуре, ординатуре и аспирантуре. В дальнейшем повышение их квалификации затрагивает не только их профессиональную деятельность, но и вопросы гуманистических аспектов лечебной работы. Последнее направление в сфере медицинского образования отражено в научных концепциях междисциплинарных связей, в частности, педагогики и медицины [1, 2, 4, 5], что значительно расширяет спектр профессиональной подготовки и качество деятельности специалиста в сфере лечебно-образовательных услуг.

На факультете последипломного обучения СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова проводилось повышение квалификации по курсу «Педагогика» врачей-интернов и ординаторов, аспирантов и преподавателей медицинского вуза с применением системного подхода в обучении, когда уровневые знания, навыки и умения формируются поэтапно. На начальном уровне повышения квалификации врачи осваивают основные понятия и методы педагогика в лечебном процессе, а на завершающем – обучаются проектированию собственных лечебно-педагогических программ в работе с пациентами, когда знания в области педагогики интегрируются в знакомую для врачей профилактическую работу с больными, которая осваивалась ими при изучении курса «Деонтология» во время обучения в медицинском вузе.

Врачу в своей профессиональной деятельности нередко приходится сталкиваться с вопросами деонтологии – этики отношений с больным и его ближайшим семейно-родственным окружением. Решаемые вопросы при этом затрагивают не только лечебную тактику, но и профилактику, реабилитацию, здоровый образ жизни пациента и его ближайшего окружения. В процессе общения с больным и его родственниками врач может выходить далеко за пределы своих непосредственных профессиональных обязанностей, поле деятельности которых может быть отнесено к области, например, педагогической деятельности, когда приходится обучать пациента и проводить с ним необходимые воспитательные мероприятия. Особенно эта потребность ощущается в работе с детьми и подростками.

В процессе собственной профессионализации врач испытывает потребность в получении специальных знаний в области педагогики обучения и воспитания, что достигается путем самообразования, повышения квалификации не только по дисциплинам предметно-профессиональной подготовки, но и в аспекте социально-педагогического просвещения, усиливая гуманистический подход в сфере лечебной деятельности в целом. В структуре педагогического образования на передний план выходят методы объяснительной, разъяснительной и воспитательной работы с больными, которые получили в последнее время широкое распространение в виде так называемых «школ пациентов», «школ тренингового обучения», семейной психотерапии [3, 10].

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Нами на базе Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова проведено анкетное исследование, посвященное изучению роли курса «Педагогика» в профессионализации личности врача. В анкету были включены вопросы, направленные на выявление того, как врач понимает основные понятия и категории педагогики, относящиеся к разделам обучения и воспитания, лечебной педагогики, а также к педагогическим методам в лечебно-образовательной деятельности. Всего были опрошены 42 врача, средний стаж работы которых составил от 2 до 5 лет.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Результаты исследования выявили разную направленность профессионально-личностной позиции к восприятию педагогических знаний во время повышения квалификации по курсу «Педагогика». То есть отмечены установки от положительно-позиционного отношения к педагогике со ссылками на известных врачей-педагогов [6, 7, 9] до негативно окрашенных высказываний типа: «Каждый должен заниматься своим делом», «Пусть педагогикой занимаются педагоги» (таких суждений было менее 5%). У опрошенных лиц больше преобладали суждения, характеризующие позитивную направленность учебных мотивов на усвоение педагогики в аспекте будущей лечебно-профессиональной деятельности (69% респондентов). Основными методами в целях повышения квалификации врачи считали самообразование через самоподготовку (около 72% опрошенных).

Самообразование как метод обучения врачи рассматривали сквозь призму конкретных вопросов, возникающих «как определенные жизненные ситуации в общении с пациентами» (54,6%). Здесь, по меткому утверждению известного советского педагога А. С. Макаренко [8], «точных рецептов воспитания» не может быть, и в каждом конкретном случае приходится искать свой путь эффективности лечебно-воспитательного воздействия. Поэтому врачи считали необходимым искать в педагогике решение задач прикладного характера,

а именно: «С помощью каких методов можно добиться успешности в обучении, воспитании, коррекции, развитии личности с учетом специфики болезни и ее прогноза» (около 76 % опрошенных). Самообразовательный маршрут включал в себя овладение поисковыми системами в сфере информационных технологий (44,8 %), навыками систематизации знаний в области обучения и воспитания (52 %) и открытый доступ к обмену опытом в сфере лечебной педагогики среди врачей различного профиля (58 %).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные настоящего исследования показали, что в целях оптимизации образовательного процесса при повышении квалификации врачей необходимо учитывать мотивационные и когнитивные установки слушателей и все чаще внедрять в практику работы с ними индивидуальные (самостоятельные) образовательные маршруты с разработкой и обеспечением рекомендаций по методическому сопровождению особенностей педагогического самообразования в условиях дальнейшей профессионализации личности врача.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Бордовская, Н. В.* Педагогика : учеб. пособ. / Н. В. Бордовская, А. А. Реан. – СПб. : Питер, 2007. – 304 с.
2. *Ванчакова, Н. П.* Содержание парадигмы педагогики в системе медицинских знаний / Н. П. Ванчакова // Сб. ст. науч.-практ. конф. к 110-й годовщине СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова «Гуманитарное образование в медицинском вузе и присоединение России к Болонскому процессу». – СПб. : СПбГМУ, 2007. – С. 28–30.
3. *Ванчакова, Н. П.* Школа пациента для больных с хронической болезнью почек, находящихся на лечении гемодиализом / Н. П. Ванчакова [и др.] // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2006. – Т. XIII. – № 1. – С. 28–32.
4. *Ванчакова, Н. П.* Педагогика : учеб. курс для аспирантов мед. вуза / Н. П. Ванчакова [и др.]. – СПб. : СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 2008. – 116 с.
5. *Врач-педагог в изменяющемся мире : традиции и новации :* учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / Н. В. Кудрявая [и др.] ; под ред. Н. Д. Ющука. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГОУ ВУНМЦ, 2005. – 334 с.

6. *Корсаков, С. С.* Психологические и философские воззрения С. С. Корсакова : [Речь, произнес. в соед. заседании Москов. психол. о-ва и О-ва невропатологов и психиатров 1 окт. 1901 г.] / А. Н. Бернштейн. – М. : Типо-лит. т-ва И. Н. Кушнерев и К<sup>о</sup>, 1902. – 31 с.

7. *Лесгафт, П. Ф.* Избранные педагогические сочинения / П. Ф. Лесгафт. – М. : Педагогика, 1988. – 398 с.

8. *Макаренко, А. С.* Педагогическая поэма / А. С. Макаренко. – М. : ИТРК, 2003. – 718 с.

9. *Пирогов, Н. И.* Избранные педагогические сочинения / Н. И. Пирогов. – М. : Педагогика, 1985. – 496 с.

10. *Эйдемиллер, Э. Г.* Семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. – Л. : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1990. – 187 с.

## РЕЗЮМЕ

*Н. П. Ванчакова, И. В. Тельнюк, В. А. Худик*

**Роль педагогики самообразования в профессиональной деятельности врача**

Приводятся результаты исследований по вопросам роли педагогики в лечебном процессе на основе повышения квалификации с применением метода педагогического самообразования. Показаны системный подход в освоении педагогических знаний и особенности его применения в работе с больными и их ближайшими родственниками. Анализируются возможные подходы к самообразованию как оптимального варианта повышения квалификации в сфере интеграции педагогики и медицины в профессиональной деятельности врача.

**Ключевые слова:** педагогика, обучение, самообразование, анкетирование.

## SUMMARY

*N. P. Vanchakova, I. V. Telnyuk, V. A. Hudik*

**The role of pedagogy of self-education in doctor's profession**

The article presents the results of investigation into pedagogics and its role in the therapy course on the basis of improvement of professional skill by self-education. The system approach to development of pedagogical knowledge and the features of its application in the work with patients and their close relatives are shown. Possible approaches to self-education as an optimal variant of improvement of professional skill in the sphere of integration of pedagogics and medicine in the professional work of a doctor are analyzed.

**Key words:** pedagogics, training, self-education, questionnaire.

© И. В. Воеводин, 2011 г.  
УДК 616.895+511.29]:378.180.6-02:616.891

**И. В. Воеводин**

## РОЛЬ ПСИХОТРАВМЫ В ФОРМИРОВАНИИ АДДИКТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ

НИИ психического здоровья СОРАМН, г. Томск

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема стрессоустойчивости, с точки зрения когнитивно-поведенческого подхода [3], требует изучения причин субъективной значимости стрессоров, механизмов оценки стрессовых ситуаций и последующего адаптивного или неадаптивного реагирования. При изучении стрессоустойчивости отдельных групп [1, 2], в первую очередь, следует провести анализ подверженности их представителей психотравмам и проанализировать факторы, влияющие на субъективную значимость стрессоров.

В данном исследовании изучены распространенность и субъективная значимость психотравм, факто-

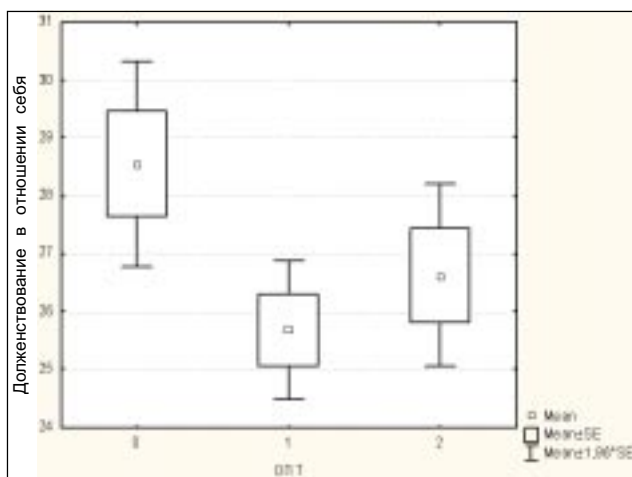


Рис. 1. Выраженность иррациональной когнитивной установки «долженствование в отношении себя» в группах студентов без ОПТ (0), с наличием ОПТ невысокой (1) и высокой (2) субъективной значимости. Более низкое значение показателя соответствует более иррациональной установке

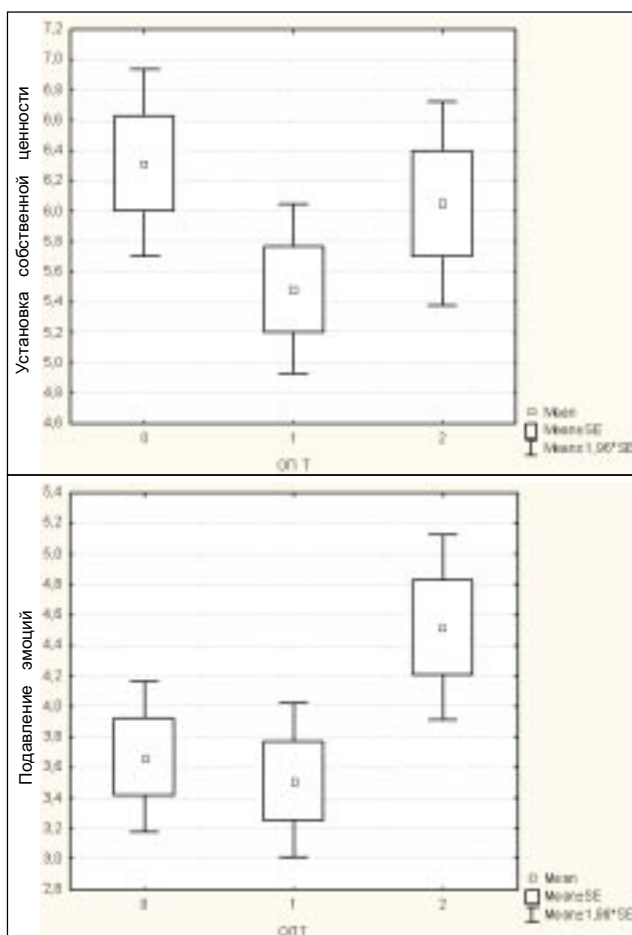


Рис. 2. Уровень использования копинг-стратегий «установка собственной ценности» и «подавление эмоций» в группах студентов без ОПТ (0), с наличием ОПТ невысокой (1) и высокой (2) субъективной значимости. Более низкое значение показателя соответствует более частому использованию стратегии (т. е. более высокому месту в рейтинге стратегий данной группы)

ры, связанные с их оценкой и, соответственно, с последующим реагированием, а также рассмотрены последствия психотравмирующих ситуаций для студентов вузов. Выбор обследуемого контингента был связан с постановкой отдельной задачи разработки программ охраны психического здоровья высокообразованной молодежи.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 303 студента вузов г. Томска в возрасте от 17 до 26 лет, 106 (35,0%) юношей и 197 (65,0%) девушек. Исследование проводилось методом анонимного анкетирования, изучались наличие и субъективная значимость острых (ОПТ) и хронических (ХПТ) психотравм; сравнительный анализ проводился в группах «0» (отсутствие ПТ), «1» (невысокая субъективная значимость ПТ) и «2» (высокая значимость ПТ). В анкету были включены методики Mini-Mult (оценка личностных особенностей); А. Ellis (оценка рациональности когнитивных установок); М. Bosc (оценка уровня социально-психологической адаптации); Е. Heim и J. Amirkhan (оценка копинг-поведения); клиническая шкала HADS (оценка уровня тревожно-депрессивной симптоматики). Также оценивалась вовлеченность в употребление психоактивных веществ (ПАВ). Анализ проводился с использованием программы Statistica 8.0, применялись непараметрические методы анализа.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Воздействию острых психотравмирующих ситуаций (разрыв с любимым человеком, потеря близкого, крупная неудача, подверженность агрессии и т. п.) за период учебы в вузе подверглись почти  $\frac{2}{3}$  обследованных (64,7%). Высокая субъективная значимость ОПТ отмечена в 27,1% случаев. Хронические психотравмы (затяжной конфликт, длительно не решаемые проблемы и др.) испытали более половины опрошенных студентов (52,1%), высоко значимыми ХПТ были в 19,8% случаев. Было установлено, что распространенность психотравм статистически сопоставима у юношей и девушек, также сопоставимой оказалась субъективная оценка ХПТ. К острым психотравмам девушки оказались более чувствительны, оценив их как высоко значимые в 33,5% случаев (у юношей этот показатель составил 15,1%,  $p=0,0003$ ).

С помощью опросника Mini-Mult были исследованы личностные особенности студентов, влияющие на субъективную оценку психотравм. Установлено, что лица с повышенной чувствительностью к психотравмам в обоих случаях отличаются большей открытостью и откровенностью. Субъективная значимость ОПТ взаимосвязана с заострением черт ригидности, застреваемости, негибкости, а значимость ХПТ – с заострением черт пессимистичности, гипотимности.

Исследование когнитивных установок по Эллису выявило актуализацию иррациональной установки «дол-



женствования в отношении себя» у лиц, подвергшихся ОПТ; при этом в группе студентов, оценивших значимость ОПТ как невысокую, данная установка была более выражена (рис. 1). Полученный результат позволяет предположить, что когнитивная установка «запускает» псевдоадаптивные механизмы совладания в виде различных способов дезактуализации проблемной ситуации. Выраженность ХПТ коррелирует с выраженностью иррациональной установки «низкой фрустрационной толерантности» ( $r_s=0,21$ ) – наличие ХПТ актуализирует, а высокая значимость усиливает проявления установки.

В отношении копинг-реагирования на ОПТ выявлено, что межгрупповые различия у студентов с отсутствием (гр. 0), невысокой (гр. 1) и высокой (гр. 2) значимостью ОПТ по показателям использования когнитивной стратегии «установка собственной ценности» и эмоциональной стратегии «подавление эмоций» схожи с различиями в выраженности когнитивной установки «долженствования в отношении себя» (рис. 2). Также тяжесть восприятия ОПТ связана с более частым обращением к стратегии «эмоциональная разгрузка» и неразвитостью стратегии «оптимизм», склонностью к субстанционному отвлечению от проблем («компенсация») и неразвитостью стратегии переключения на любимое дело («отвлечение»).

ХПТ, по мере нарастания их субъективной значимости, увеличивают частоту использования стратегий «растерянность», «компенсация», «отступление (изоляция)», снижается частота использования стратегии «отвлечение». На оценку ХПТ влияет склонность к отреагированию на когнитивном уровне «сохранением самообладания», на эмоциональном – «подавлением эмоций» (предпочтение данных стратегий способствует оценке ХПТ как менее значимых). Кроме того, лица, отрицающие высокую субъективную значимость ХПТ, в меньшей степени склонны брать на себя ответственность за ситуацию и использовать стратегию «разрешение проблемы» (по Амирхану).

Наличие и выраженность ОПТ сопряжены с повышением уровня тревоги ( $r_s=0,19$ ) и злоупотребления табаком ( $r_s=0,16$ ), ХПТ – всех видов аддиктивного поведения (наиболее значим рост потребления наркотиков,  $r_s=0,17$ ) и аффективных нарушений (в большей степени – депрессии,  $r_s=0,29$ ), снижением социально-психологической адаптации ( $r_s=-0,18$ ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из полученных результатов, мы можем выделить две ведущие мишени когнитивно-поведенческой копинг-профилактики стрессобусловленных аддиктивных и аффективных расстройств у студентов. Первая мишень связана с базовой когнитивной установкой низкой фрустрационной толерантности, провоцирующей отреагирование на стресс стратегиями растерянности, изоляции, бурными и непродуктивными эмоциональными всплесками, попытками уйти от проблем с помощью ПАВ, формированием пессимистичного взгляда на будущее. Вторая мишень формируется на базе когнитивной установки долженствования в отношении себя и характеризуется псевдоадаптивными механизмами искусственной дезактуализации ситуации, «сохранения лица», сходом от ответственности за конечный результат и отсутствием продуктивных действий по его достижению.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман, Л. И.* Совладание со стрессом : теория и психодиагностика / Л. И. Вассерман, В. А. Абабков, Е. А. Трифонова. – СПб. : Речь, 2010. – 192 с.
2. *Сирота, Н. А.* Профилактика наркомании у подростков : от теории к практике / Н. А. Сирота [и др.]. – М. : Генезис, 2001. – 216 с.
3. *Эллис, А.* Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / А. Эллис, У. Драйден ; пер. с англ. – СПб. : Речь, 2002. – 352 с.

## РЕЗЮМЕ

*И. В. Воеводин*

### Роль психотравмы в формировании аддиктивных и аффективных расстройств у студентов

Рассмотрены вопросы копинг-профилактики стрессобусловленных аддиктивных и аффективных расстройств у студентов. Выделены две мишени превентивных вмешательств на когнитивно-поведенческой основе.

**Ключевые слова:** студенты, психотравмы, аддиктивные и аффективные расстройства, профилактика.

## SUMMARY

*I. V. Voevodin*

### The role of psychotraumas in formation of addictive and affective disorders among students

The problems of coping-prevention of the stress-caused addictive and affective disorders among students were considered. Two targets of the cognitive-behavioural based preventive interventions were defined.

**Key words:** students, psychotrauma, addictive and affective disorders, prevention.

УДК 613.816-053.2-036.8  
© С. В. Гарганеев, 2011

**С. В. Гарганеев**

## ФАКТОРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ

Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Ю. К. Эрдмана, г. Барнаул

### ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время наблюдается рост разнообразных форм аддиктивного поведения у подростков [3]. Актуально изучение динамики аддиктивных расстройств у подростков, так как недостаточно освещены вопросы формирования зависимостей и клинической структуры поведенческих расстройств у лиц с зависимым поведением [2]. В связи с этим проблематична ранняя диагностика зависимостей у подростков с нарушениями поведения.

**Цель** исследования – изучение взаимосвязи клинических, психологических и социальных факторов поведения у подростков с последующим выделением прогностических факторов риска формирования алкогольной зависимости.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 850 подростков (средний возраст –  $15,7 \pm 1,8$  года) с диагнозами «расстройства поведения» и «расстройства адаптации»: социализированное расстройство поведения ( $n=359$ ), несоциализированное расстройство поведения ( $n=313$ ), смешанное расстройство поведения и эмоций ( $n=77$ ), расстройства адаптации ( $n=101$ ). В структуре расстройств поведения были выявлены аддиктивные формы поведения, такие как употребление пива ( $n=421$ ), наркотических веществ ( $n=106$ ), гемблинг ( $n=74$ ), зависимость от общения ( $n=134$ ), Интернет-зависимость ( $n=54$ ), сочетанные формы ( $n=61$ ). В соответствии с целью исследования проанализированы случаи расстройств поведения, коморбидные с употреблением алкогольных напитков. В подростковой среде таковыми являются алкогольные напитки малой крепости (пиво, коктейли). Применялись следующие методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, статистический. Статистическая обработка с использованием логистического регрессионного анализа позволила выявить, наряду с общеизвестными факторами риска дезадаптивных расстройств (наследственная отягощенность, дефекты воспитания, дезадаптирующая среда, делинквентность, антиципационная несостоятельность) [1], факторы, отражающие психическое состояние и психосоциальное функционирование подростков, обеспечивающие прогнозирование аддиктивных расстройств.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выраженность психопатологических проявлений и их взаимосвязь с психологически значимыми событиями, сочетающиеся с «поиском» подростком (а в ряде случаев родителями) заболевания, «только не связанного с выпивкой», наряду с немотивированными опасениями и страхами по поводу собственной несостоятельности, ущербности, во многих случаях препятствовали своевременному выявлению подросткового алкоголизма. Многообразие клинических проявлений расстройств поведения, общих с расстройствами поведения при алкоголизме, детерминировалось рядом факторов. На психическое состояние подростков с зависимостью от алкоголя оказывали влияние делинквентность ( $p=0,014$ ), семейная дезадаптация ( $p=0,012$ ), длительность стресса в семье ( $p=0,011$ ) и в подростковой группе ( $p=0,002$ ). Психологическое состояние отражало высокую тревожность ( $p=0,022$ ), антиципационную несостоятельность ( $p=0,0023$ ), психопатизацию ( $p=0,0001$ ), зависимость ( $p=0,0024$ ), актуальность нереализованных возможностей ( $p=0,0015$ ), чувства вины ( $p=0,0014$ ). Прогностическим признаком зависимости явился страх психической ущербности ( $p=0,0065$ ) и утяжеление структуры поведенческих расстройств в короткий промежуток времени.

В психическом состоянии подростков были выявлены эмансипационное и делинквентное поведение. Степень тяжести поведенческих расстройств зависела от социализированности подростка: делинквентность была свойственна подросткам, социализированным в аддиктивной среде, и в большинстве случаев принимала групповые формы. Эмансипационное поведение было адресовано семье и не зависело от степени интегрированности подростка в группу. Кроме того, эмансипационное поведение носило амбивалентный характер в случае интегрированности подростка в аддиктивную среду группы и аддиктивную среду семьи.

Коморбидные психопатологические синдромы, присущие зависимому поведению (поисковое поведение, психологическая зависимость, абстинентные состояния) ( $\chi^2=31,776$ ;  $p=0,011$ ), выявлялись в структуре основного расстройства поведения. Таким подросткам, наряду с делинквентностью, были присущи психопатизация, гебоидное поведение, лживость, стремление избегать ответственности, внешнеобвиняющее поведение.

Многообразие психопатологических феноменов было наиболее выражено при расстройствах адаптации с преобладанием поведенческих нарушений и при смешанном расстройстве поведения и эмоций, проявляющемся сочетанием поведенческих и депрессивных расстройств. При несоциализированном и социализированном расстройстве поведения преобладала негрупповая делинквентность, с поведением, направленным на поиск спиртного в «атарактических» целях, при этом часто подросток был интегрирован в подростковую группу только при условии употребления спиртного.

Для сравнения текущего психического состояния подростков с расстройствами поведения, относящимися

к разным формам дезадаптации и коморбидными с алкогольной аддикцией, были выделены доминирующие симптомы дезадаптивных расстройств, а также обозначена взаимосвязь алкогольных аддиктивных и дезадаптивных поведенческих расстройств.

С усложнением структуры и по мере утяжеления течения поведенческих расстройств наблюдалось нарастание частоты и объема употребления алкоголя, увеличивалась толерантность. Прогрессирование алкогольных эксцессов в структуре расстройств поведения сопровождалось усилением интенсивности поискового поведения и приобретением черт поведения, специфичных для аддиктивного: появлялись признаки психологической и физической зависимости, аддиктивная амбивалентность, появление порочной причинно-следственной связи мотивов поведения, усугублялась психопатизация. Отмечено увеличение доли групповой делинквентности, агрессии.

В структуре депрессивной симптоматики в рамках расстройств поведения характерными симптомами были страх психической неполноценности по сравнению с другими подростками, а употребление алкоголя использовалось в атактических целях. При этом нет достоверных прогностических факторов изменений мотивации к употреблению спиртного. В данном случае характерным феноменом является смена аддиктивного объекта.

Коморбидность расстройств поведения и алкогольной аддикции изменяла картину последней. В связи с многообразием симптомов при оценке динамики как дезадаптивных, так и аддиктивных расстройств возникала необходимость дифференциации расстройств поведения, связанных с аддиктивной деятельностью и расстройств поведения, специфичных для подросткового возраста.

Феномены общих поведенческих расстройств (склонность к депрессиям, перепадам настроения, протестные реакции, замкнутость, «гебоидность», поведение на базе застенчивости, дромоманическое поведение, дисморфоманическое поведение) затрудняли раннее выявление алкогольной зависимости. В практической деятельности эти состояния часто интерпретируются как «нормы реакции» или пубертатный криз и дают основание уменьшить контроль со стороны родителей и тем самым упустить момент манифестации алкоголизма.

У подростков с расстройствами адаптации и выраженностью психопатологических расстройств (проявлений страха, тревоги, депрессии, в структуре которых присутствовали расстройства поведения) также была затруднена верификация клинических признаков алкоголизма. При обращении за помощью к психиатру в связи с яркостью психопатологических нарушений аддиктивные расстройства часто лишь «подразумевались», что стигматизировало подростка.

Прогнозирование аддиктивных расстройств у подростков с расстройствами поведения определялось их временной динамикой. Прогностическими факторами были доступность употребления алкоголя на фоне поведенческих расстройств, длительность сосуществования коморбидных симптомов наряду с интегрированностью

в аддиктивную среду, латентный период аддиктивных расстройств.

У подростков с расстройствами адаптации факторами прогнозирования алкогольной аддикции были высокая тревожность ( $p=0,014$ ), доступность алкоголя в семье ( $p=0,0027$ ). Стресс в подростковой группе ( $p=0,0119$ ) и страх психической ущербности ( $p=0,0198$ ) явились триггерами аддиктивных расстройств.

У подростков с расстройствами поведения основными симптомами были делинквентность ( $p=0,003$ ), зависимость ( $p=0,003$ ), психопатизация ( $p=0,026$ ). Аддиктивные расстройства детерминировались регрессией ценностей ( $p=0,0034$ ), отвержением правил, законов ( $p=0,001$ ), антиципационной несостоятельностью ( $p=0,0325$ ), тревожностью ( $p=0,022$ ). В случае исходного смешанного расстройства поведения и эмоций аддиктивные расстройства были сопряжены с выраженностью депрессии ( $p=0,001$ ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимо учитывать, что отсутствие расстройств, укладывающихся в критерии зависимости, при наличии выраженных психопатологических нарушений является основанием для проведения дополнительного исследования на скрытые формы зависимости и динамического наблюдения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гурьева, В. А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В. А. Гурьева [и др.] ; под ред. В. А. Гурьевой. – М. : Мед. информ. аг-во, 2007. – 488 с.
2. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения / В. Д. Менделевич. – СПб. : Речь, 2005. – 445 с.
3. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб. : Речь, 2007. – 768 с.

## РЕЗЮМЕ

*С. В. Гарганеев*

**Факторы прогнозирования алкогольной зависимости у подростков с отклоняющимся поведением**

Обследованы 850 подростков с расстройствами поведения, коморбидными с аддиктивными расстройствами. Используя клинический, клинико-психопатологический, статистический методы исследования, обозначены факторы, предрасполагающие алкогольную зависимость в структуре поведенческих расстройств у подростков. Показано, что основными факторами риска формирования алкогольной зависимости у подростков являются доступность употребления спиртных напитков на фоне поведенческих расстройств, интегрированность в аддиктивную среду, поведенческие эквиваленты депрессивных расстройств, а также совокупность психосоциальных факторов, способствующих развитию употребления алкоголя.

**Ключевые слова:** расстройства поведения у подростков, аддиктивное поведение у подростков, расстройства адаптации, факторы прогнозирования аддиктивных расстройств.

## SUMMARY

*S. V. Garganeev*

**Alcohol dependence prediction factors in adolescents with deviant behavior**

850 adolescents with behavioral disorders co-morbid with addictive disorders have been examined. The factors, predisposing to alcohol dependence in the structure of behavioral disorders in adolescents, have been specified with the aid of clinical, clinical-psychopathological, and statistic methods of investigation. It has been shown that basic risk factors of formation of alcohol dependence in adolescents are

alcohol accessibility coupled with behavioral disorders, integration into addictive environment, behavioral equivalents of depressive disorders as well as a cluster of psychosocial factors contributing to alcohol abuse.

**Key words:** behavioral disorders in adolescents, addictive behavior in adolescents, adjustment disorders, prognostic factors of addictive disorders.

© Л. В. Горина, Р. А. Либис, Е. Ю. Антохин, 2011 г.  
УДК 616.1-008.64+616.895]:615.825.5

**Л. В. Горина, Р. А. Либис,  
Е. Ю. Антохин**

## ПЕРЕНОСИМОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Оренбургская государственная медицинская академия

### ВВЕДЕНИЕ

Сочетание тревоги и депрессии с соматическими заболеваниями, с одной стороны, усложняет диагностику, терапию и медицинское обслуживание этого контингента больных в целом, а с другой – негативно влияет на проявления и даже исход как психического, так и соматического заболевания [1, 3, 4, 6, 7]. Клинические симптомы, возникающие при развитии выраженной сердечной недостаточности, ограничивают возможности физической активности больных, что является постоянной психотравмирующей ситуацией, являющейся основой для развития депрессии и значительно снижающей качество жизни больных [8, 12]. У пациентов с соматическими

заболеваниями депрессия может приводить к серьезным медико-социальным последствиям: нарушению психосоциального функционирования, снижению производительности труда, повышению риска заболеваемости, инвалидизации и смертности, ухудшению клинического течения соматических заболеваний [2, 10, 11].

**Цель исследования** – изучение переносимости физической нагрузки и клинического состояния у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с повышенным уровнем тревоги и депрессии.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 117 больных в возрасте от 38 до 78 лет, с хронической сердечной недостаточностью, установленной по критериям ОССН на момент включения и развившейся на фоне ишемической болезни сердца, кардиомиопатий различного генеза, врожденных пороков сердца. Выраженность хронической сердечной недостаточности оценивалась по классификации ОССН, 2002 [5].

Все больные были подвергнуты обычным методам общеклинического обследования, которые включали, помимо сбора анамнеза, физикальный осмотр, ЭХО-КГ, тест с шестиминутной ходьбой, оценку клинического состояния по шкале ШОКС [9], оценку выраженности тревоги и депрессии с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS [13].

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 81 пациента были выявлены аффективные расстройства. Признаки изолированной депрессии выявлены у 19,6% больных, изолированной тревоги – у 23,9% пациентов, сочетания тревоги и депрессии – у 25,7% больных. У 30,8% обследованных изменений в психоэмоциональном статусе не выявлено. В зависимости от вида расстройств пациенты были разделены на 4 соответствующие группы. Анализ тревожных и депрессивных расстройств, оценка переносимости физической нагрузки, а также оценка клинического состояния проводилась отдельно в каждой группе в сравнении с IV группой.

Мы выявили, что для больных I группы (изолированная депрессия) характерно достоверно выраженное различие по показателю депрессии, среднее значение по шкале HADS составило 11,8±1,5 балла, относительно группы контроля – 5,3±2,4 (p<0,05). В среднем у больных II группы показатель составил 12,2±2,3 по шкале HADS,

Таблица 1

Показатели тревоги и депрессии (шкалы депрессии и тревоги HADS) у больных с хронической сердечной недостаточностью

Параметр, баллы	I группа	II группа	III группа	IV группа
Тревога	4,8±1,7	12,2±2,3*	12,3±2,5*	5,6±2,1
Депрессия	11,8±1,5*	6,7±1,9	12,1±2,2*	5,3±2,4

\* p<0,05 в сравнении с IV группой.

Таблица 2

Показатели клинического состояния пациентов с ХСН (шкала ШОКС) в сочетании с аффективными расстройствами

Параметр, баллы	I группа	II группа	III группа	IV группа
ШОКС	6,1±2,1	6,8±2,3*	6,3±3,0	5,7±2,5

\* p<0,05 в сравнении с IV группой.

у больных IV группы – соответственно  $5,6 \pm 2,1$  ( $p < 0,05$ ). А у пациентов III группы достоверные различия выявлены как в уровне тревоги, так и в уровне депрессии. Так, средний суммарный балл тревоги по шкале HADS у больных в III группе составил  $12,3 \pm 2,7$ , а в группе контроля –  $5,6 \pm 2,1$  ( $p < 0,05$ ). Уровень депрессии у больных в III группе составил  $12,3 \pm 2,7$ , у пациентов IV группы –  $5,3 \pm 2,4$  ( $p < 0,05$ ) (табл. 1).

Толерантность к физической нагрузке, оцененная с помощью ТШХ, также достоверно различалась в I, II, III относительно группы IV. У больных в I группе среднее значение пройденной за 6 минут дистанции составило  $215,5 \pm 64,6$  м, у больных II группы –  $266,6 \pm 71,9$  м, в III группе –  $268,5 \pm 95,3$  м, а в IV –  $333,2 \pm 81,0$  м.

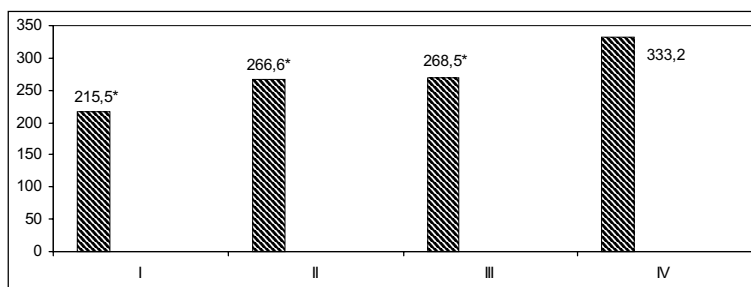
Анализируя выраженность клинических проявлений у обследованных пациентов, мы выявили, что средний суммарный показатель по шкале ШОКС у больных II группы достоверно отличается по сравнению с группой сравнения. Так, средний балл по шкале ШОКС у пациентов II группы составляет  $6,8 \pm 2,3$ , а у больных IV группы –  $5,7 \pm 2,5$  ( $p < 0,05$ ). Однако в остальных группах достоверных различий нами обнаружено не было. У больных I группы суммарный показатель ШОКС составил  $6,1 \pm 2,1$ , у пациентов III группы –  $6,3 \pm 3,0$ , а у группы сравнения –  $5,7 \pm 2,5$  ( $p > 0,05$ ) (табл. 2).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Толерантность к физической нагрузке у больных с хронической сердечной недостаточностью была достоверно ниже при наличии аффективных расстройств (рисунок). Кроме того, у больных с хронической сердечной недостаточностью, имеющих сочетание тревоги и депрессии, клинические симптомы декомпенсации сердца достоверно были более выражены, чем у больных с тем же функциональным классом хронической сердечной недостаточности, но без нарушений психоэмоционального статуса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Виноградов, В. Ф.* Социально-психологический статус больных ишемической болезнью сердца / В. Ф. Виноградов // Психосомат. аспекты кардиол. – Тверь, 1993. – С. 29–30.
2. *Волков, В. С.* О психологическом соотношении у кардиологических больных / В. С. Волков // Психосомат. аспекты кардиол. – Тверь, 1993. – С. 33–35.
3. *Корнетов, Н. А.* Депрессивные расстройств – диагностические “невидимки” в психиатрической и общемедицинской практике / Н. А. Корнетов // Соц. клин. психиатр. – 1999. – № 3. – С. 85–90.
4. *Меерсон, Ф. З.* Стресс-лимитирующие системы организма и новые принципы профилактической кардиологии / Ф. З. Меерсон, В. В. Скибицкий, Т. Р. Петрова // Кардиология. – 1993. – Т. 25. – № 11. – С. 54–58.
5. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Сердечная недостаточность. – 2009. – Т. 8. – № 1. – С. 4–41.



Толерантность к физической нагрузке у пациентов с ХСН.  
По оси ординат – метры, по оси абсцисс – группы больных: I – с депрессией, II – с тревогой, III – с тревогой и депрессией, IV – без тревоги и депрессии, \* –  $p < 0,05$  в сравнении с IV группой

6. *Смулевич, А. Б.* Клиника и систематика депрессий у соматических больных / А. Б. Смулевич // Современная психиатрия. – 2002. – № 2. – С. 10–15.
7. *Смулевич, А. Б.* Депрессия при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М., 2003. – С. 14–22.
8. *Bertolo, L. D.* Hospital admittance: is it stressing at first rate / L. D. Bertolo [et al]. – 1996. – Vol. 7. – P. 54.
9. *Cody, R. J.* Clinical trials of diuretic therapy in heart failure: research direction and clinical considerations / R. J. Cody // J. Am. Coll. Cardiol. – 1993. – Vol. 22. – Suppl. A. – P. 165–171.
10. *Guinjoan, S. M.* Depressive symptoms are related to decreased low-frequency heart rate variability in older adults with decompensated heart failure / S. M. Guinjoan [et al] // Neuropsychology. – 2011. – Vol. 50. – P. 219–224.
11. *Hays, R. D.* Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses / R. D. Hays [et al] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – Vol. 52. – P. 11–19.
12. *Peters-Klimm, F.* Patient- and provider-related determinants of generic and specific health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in primary care: a cross-sectional study / F. Peters-Klimm [et al] // Health and Quality of Life Outcomes. – 2010. – Vol. 8. – P. 1186–1477.
13. *Zigmond, A. S.* The Hospital Anxiety and Depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatria. – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.

## РЕЗЮМЕ

*Л. В. Горина, Р. А. Либис, Е. Ю. Антохин*

**Переносимость физической нагрузки и клиническое состояние у больных с хронической сердечной недостаточностью в сочетании с аффективной патологией**

Толерантность к физической нагрузке у больных с хронической сердечной недостаточностью достоверно снижается при наличии аффективных расстройств. Кроме того, у больных с хронической сердечной недостаточностью, имеющих сочетание тревоги и депрессии, клинические симптомы декомпенсации сердца достоверно более выражены, чем у больных с тем же функциональным классом хронической сердечной недостаточности, но без нарушений психоэмоционального статуса.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, аффективные расстройства, толерантность к физической нагрузке, клиническое состояние.

## SUMMARY

*L. V. Gorina, R. A. Libis, E. Yu. Antokhin*

**Exercise tolerance and clinical status in patients with chronic heart failure in combination with affective disorders**

Exercise tolerance in the patients with chronic heart failure is significantly reduced in the presence of affective disorders. Besides, in the patients with chronic heart failure in combination with anxiety and depression, the clinical symptoms of the heart decompensation are significantly more

pronounced than in the patients with the same functional class congestive heart failure but without mental and emotional disorders.

**Key words:** chronic heart failure, affective disorders, exercise tolerance, clinical status.

© Н. А. Корнетов, 2011 г.  
УДК 616.891+616.895.4

**Н. А. Корнетов**

## КОМОРБИДНОСТЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ – ТИПИЧНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

### ВВЕДЕНИЕ

Рене Декарт [16] постулировал двойную сущность человека, согласно которой психика и сома существуют раздельно. Проекция этого утверждения в биомедицинских и гуманитарных науках часто доходила до радикального противопоставления одного и другого, что далеко не всегда являлось конструктивным для клинической медицины. Двойной параллелизм ограничивает представления о биопсихосоциальной сущности человека, консервирует линейно-детерминистские представления о причинности заболеваний. Декартовский дуализм также препятствует развитию нондуалистических новых направлений и пограничных наук в познании человека. К ним можно отнести психонейроэндокринологию, психонейроиммунологию, психосоматическую медицину, интегративную антропологию в их соматопсихической целостности [16, 19, 20, 27]. Впрочем, уже в философии Б. Спинозы [22] картезианская постановка проблемы человека как «составленного» из тела и души была снята в утверждении существования человека в качестве мыслящего тела [2]. Не разделяя психическое и телесное, можно более отчетливо понимать, что психические феномены и процессы, присущие всему организму, не могут существовать без его нейробиологических основ. Конечно, психические процессы не сводимы к клеточным компонентам мозга, хотя ответственность многих структур имеют дифференцированное влияние на телесное функционирование с обратной связью.

**Цели исследования** – обосновать изменения в отношениях врача и пациента с учетом высокой частоты сочетания психических расстройств на примере депрессии и соматических заболеваний.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели было необходимо провести четкие различия между патерналистской био-

медицинской системой «врач – пациент» и современной биопсихосоциальной парадигмой в тактике ведения и подхода к терапии пациента [4, 7, 13, 15, 27]. На современном этапе известно, что психические свойства являются продуктом сложных и разнообразных нейронных процессов в центральной нервной системе и влияют на физическое состояние человека. Еще более изящное единство организменных и психических процессов на всех иерархических уровнях может быть объяснено через феномен переживания, которое является новым качественным образованием при сопряженности соматического и психического. Феномен переживания в этом случае упорядочивается в обеих системах отношений для описания жизненных процессов или болезней и расстройств на более высоком уровне единого психофизического состояния. Данные положения не исчерпываются только одним академическим интересом, поскольку они крайне необходимы для медицинского образования и ежедневной клинической практики. Реальная распространенность сочетания соматических заболеваний и психических расстройств нарастает от общей популяции, в первичной медицинской сети [5, 21], а еще более в соматических стационарах [5, 15] и у пожилых людей [6, 27]. Лидером в распространенности психиатрических расстройств при различных соматических заболеваниях является клиническая депрессия [5, 6, 21]. Понятие коморбидности (comorbidity) возникло в Северной Америке и было впервые предложено А. R. Feinstein. Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существовала или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и отличается от него. Коморбидность первоначально особенно широко дискутировалась по поводу различия депрессивных и тревожных расстройств ввиду их частых сочетаний. В дальнейшем проблема коморбидности распространилась на всю клиническую медицину [6, 8]. К настоящему времени мультицентровые эпидемиологические исследования на разных уровнях организации дифференцированных популяций показали, что треть всех текущих заболеваний в системе общественного здравоохранения отвечает большим диагностическим критериям, чем одно расстройство [5, 6]. Особенно важно рассматривать соболезненность двух и более независимых заболеваний, возникающих в течение жизни (of life time) [5, 21]. Наряду с этим, коморбидность рассматривается как наличие более чем одного расстройства у человека в определенный период жизни; также выделяется модель коморбидности, рассматривающая относительный риск человека с одним заболеванием (расстройством) приобрести другое расстройство [9, 10]. Итак, коморбидность не является артефактом, нетипичным явлением или определенным мифом

и модой. Она не подрывает систематику заболеваний, представленных в МКБ-10, а наоборот, дает основание к дальнейшему развитию общей классификации болезней [15]. Коморбидность является клинической реальностью, которая часто наблюдается как при психиатрических расстройствах, так и при соматических заболеваниях [8]. В настоящее время широкое понимание коморбидности, когда в определенный период сосуществуют не связанные одной причиной два заболевания – соматическое и психическое, существует большая вероятность развить гуманистическую составляющую в тактике ведения и терапии сочетанных соматических заболеваний и психиатрических расстройств на примере ДР.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все исследования в нашей программе базировались на образовательных модулях по ДР, созданных экспертами Всемирной психиатрической ассоциации (WPA) и Международного комитета по профилактике и терапии депрессивных расстройств (PTD) в первичной медицинской сети и при соматических заболеваниях [5, 6, 21]. На втором этапе проводился тренинг навыков работы со скрининговыми инструментами и научно-исследовательскими диагностическими критериями ДР [4, 9, 10, 12, 21]. Третий этап включал в себя полипрофессиональные исследования коморбидности ДР и их терапию при ИБС [11], язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [1, 3, 23], бронхиальной астме с поражениями гастродуоденальной зоны [25, 26], постинсультной депрессии [24], злокачественных поражениях желудочно-кишечного тракта [17]. Как показали проведенные нами в последние 15 лет исследования изменения отношения к пациенту в каждом их перечисленных пунктов требуют длительного обучения для закрепления новых навыков. Сама система построения образования в сфере охраны психического здоровья в медицинских университетах и академиях построена так, что мало внимания уделяется навыкам коммуникации с пациентами. Если такое обучение существует, то в большей мере проходит с тяжельми пациентами из психиатрических больниц, с которыми они вряд ли встретятся, будучи специалистами не психиатрических специальностей. Студенты запоминают хронических психических пациентов вместо того, чтобы унести знания о стрессовых, невротических, депрессивных расстройствах, с которыми они будут встречаться ежедневно при любой специальности.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Информированное согласие, эмпатия, развитие терапевтического контакта, разделенная ответственность, тактика терапевтического процесса, включающие комплаентность и открытые отношения, являются основой терапии ДР в клинической медицине. Хотя концепция коморбидности недостаточно преодолевает психосоматический дуализм, но в целом это мощное сближение общемедицинской и психиатрической практики в ее основных современных формах, ориентированное на будущую антропологическую медицину.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородова, Э. И. Язвенная болезнь : некоторые аспекты коморбидности с тревожными и депрессивными расстройствами / Э. И. Белобородова, Н. А. Корнетов, Т. А. Загромава // Сибир. журн. гастроэнтерол. и гепатол. – 2001. – № 12–13. – С. 14–16.
2. Большой психологический словарь / сост. и общ. ред. Б. Мещеряков, В. Зинченко. – СПб. : Прайм ЕВРОЗНАК, 2003. – С. 149.
3. Гладиллина, Е. К. Влияние коморбидной депрессии на качество жизни и социальную адаптацию пациентов с язвенной болезнью / Е. К. Гладиллина, Т. А. Загромава, Э. И. Белобородова, Н. А. Корнетов // Сибир. журн. гастроэнтерол. и гепатол. – 2004. – № 18. – С. 40–41.
4. Голдберг, Д. Общее введение в обучение врачей навыкам в сфере психического здоровья. WPA/PTD. Модуль 4 / Д. Голдберг, Л. Гаск, Н. Сарториус; пер. с англ. по общ. ред. Н. А. Корнетова. – Киев : Сфера, 2002. – 32 с.
5. Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях. WPA/PTD. Модуль 2 (с прил.) / пер. с англ. по общ. ред. Н. А. Корнетова. – Киев : Сфера, 2002. – 69 с.
6. Депрессивные расстройства у лиц старшего возраста. WPA/PTD. Модуль 3 (с прил.) / пер. с англ. по общ. ред. Н. А. Корнетова. – Киев : Сфера, 2002. – 59 с.
7. Корнетов, Н. А. Тактика терапии депрессивных расстройств в первичной медицинской сети : пособие для врачей территориальных поликлиник. – Томск, 2003. – 19 с.
8. Корнетов, Н. А. Концепция коморбидности соматических заболеваний и психических расстройств – практическая парадигма интегративной антропологии в медицине / Н. А. Корнетов // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 1998. – № 1. – С. 138–140.
9. Корнетов, Н. А. Депрессивные расстройства в гастроэнтерологической практике : через психосоматический дуализм к распознаванию и терапии / Н. А. Корнетов // Сибир. журн. гастроэнтерол. и гепатол. – Томск, 1999. – № 8. – С. 39–44.
10. Корнетов, Н. А. Желудочно-кишечные и психиатрические расстройства : диагностические пересечения / Н. А. Корнетов // Сибир. журн. гастроэнтерол. и гепатол. – Томск, 2000. – Вып. 10. – С. 83–86.
11. Корнетов, Н. А. Депрессивные расстройства у лиц, перенесших инфаркт миокарда / Н. А. Корнетов, Е. В. Лебедева // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5. – № 5. – С. 195–198.
12. Корнетов, Н. А. Синдром раздраженной кишки – психосоматическая проблема психиатрии и гастроэнтерологии / Н. А. Корнетов // Психиатрия консулт. и взаимодействия. Ч. 1. – СПб. : СПбГМУ, 2004. – С. 27–32.
13. Корнетов, Н. А. Оценка распространенности психологических нарушений депрессивного спектра в санаторно-курортной сети / Н. А. Корнетов, Ал. Н. Корнетов, Е. В. Караваева // Вестник Том. гос. педагог. ун-та. – 2005. – Вып. 1 (Серия : Психология). – С. 83–90.
14. Корнетов, Н. А. Сравнительная оценка распространенности депрессивных расстройств в профильных отделениях соматического стационара / Н. А. Корнетов, Ал. Н. Корнетов, Г. А. Попова // Соц. и клин. психиатрия. – 2005. – Т. 15. – Вып. 2. – С. 30–34.
15. Корнетов, Н. А. Коморбидность соматических заболеваний и депрессивных расстройств : преодоление психосоматического дуализма. Акт. вопр. кардиологии, неврологии и психиатрии. / Н. А. Корнетов // Лекции для практикующих врачей. – М., 2005. – С. 226–244.
16. Корнетов, Н. А. Концепция клинической антропологии в медицине / Н. А. Корнетов // – 2008. – Т. 7. – № 1. – С. 7–31.
17. Корнетов, Н. А. Клинические особенности депрессивных расстройств у больных со злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта / Н. А. Корнетов, В. А. Жоров // Бюлл. сиб. мед. – 2008. – Т. 7. – № 4. – С. 99–103.

18. Кузнецов, Б. Г. Эволюция картины мира. Гл. 7: Картезианское естествознание / Б. Г. Кузнецов. – М.: АН СССР, 1961. – 352 с.

19. Никитюк, Б. Интегративная антропология между прошлым и будущим / Б. Никитюк, Б. И. Коган // Вісник морфології (Report of morphology). – 1995. – № 1. – С. 34–35.

20. Никитюк, Б. А. Интегративная биомедицинская антропология / Б. А. Никитюк, Н. А. Корнетов. – Томск: Том. ун-т. – 182 с.

21. Образовательная программа по депрессивным расстройствам WPA/PTD: обзор и основные аспекты. Модуль I (с прил.) / пер. с англ. по общ. ред. Н. А. Корнетова. – Киев: Сфера, 2002. – 62 с.

22. Спиноза, Б. Об усовершенствовании разума / Б. Спиноза // Б. Спиноза. Сочинения. – М.: Эксмо-Пресс; Харьков: Фолио. – 864 с.

23. Пат. №2357729 РФ: Способ лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами / Э. И. Белобородова, Е. К. Гладилина, Т. А. Загрямова, Н. А. Корнетов, Т. А. Колосовская // Бюллетень изобретений. – 2009. – № 16. – С. 7.

24. Постинсультная депрессия / Н. Г. Катаева, Н. А. Корнетов, В. М. Алифирова, А. Ю. Левина. – Томск: СибГМУ, 2008. – 168 с.

25. Устюжанина, Е. А. Тревожно-депрессивные расстройства в клинике бронхиальной астмы, сочетанной с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны / Е. А. Устюжанина [и др.] // Бюлл. сиб. мед. – Т. 3. – № 4. – С. 57–62.

26. Устюжанина, Е. А. Лечение депрессивных и тревожных расстройств флувоксамином в комплексной терапии больных бронхиальной астмой с наличием эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны / Е. А. Устюжанина [и др.] // Сиб. журн. гастроэнтерол. и гепатол. – 2004. – № 18. – С. 141–143.

27. Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A Guide to Consultation-Liaison Psychiatry / eds. by M. G. Wise, R. R. Rundell. – Amer. Psychiatric Publ., 2005. – 338 p.

## РЕЗЮМЕ

*Н. А. Корнетов*

**Коморбидность соматических заболеваний и депрессивных расстройств – типичная проблема современной медицины**

Концепция коморбидности соматических заболеваний и депрессивных расстройств является важным развитием целостного подхода к лицам, страдающим двумя независимыми заболеваниями. Для врачей первичной медицинской сети и специалистов соматической медицины распознавание, тактика ведения и терапия депрессивных и других психиатрических расстройств, которые часто и независимо сочетаются с соматическими заболеваниями, со временем будет являться рутинным знанием. Многолетняя практика наших исследований показывает высокий уровень развития гуманистической составляющей при понимании врачами интернистами осложняющей роли депрессивных расстройств в течение многих хронических неинфекционных заболеваний. Биопсихосоциальная модель терапии, полипрофессиональные бригады в лечении больных с полиморбидной патологией являются необходимыми в развитии современной медицины при сочетании различных болезней и психиатрических расстройств.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, соматические заболевания, коморбидность, биопсихосоциальный подход.

## SUMMARY

*N. A. Kornetov*

**Comorbidity of somatic diseases and depressive disorders – is a typical problem of the modern medicine**

The comorbidity concept of somatic diseases and depressive disorders is an important achievement in the integrated approach to persons affected by two independent diseases. The recognition, tactics of management and therapy of depressions and other psychiatric disorders which are often and independently combined with somatic pathology, in due course will be routine knowledge for primary care physicians and for specialists in somatic medicine. The long-term practice of our researches shows a high level of the humanistic component in understanding by doctors – internists of the complicating role of depressive disorders during many chronic multifactorial diseases. The biopsychosocial model of therapy and polyprofessional teams for treatment of patients with polymorbid pathology are essential for the development of modern medicine dealing with a combination of various somatic diseases and psychiatric disorders.

**Key words:** depressive disorders, somatopathies, comorbidity, biopsychosocial approach.

© Р. А. Кудрин, Е. В. Лифанова, М. Ю. Будников, 2011 г.  
УДК 616.89-008.15:612.821.1

**Р. А. Кудрин, Е. В. Лифанова,  
М. Ю. Будников**

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ОПЕРАТОРОВ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ ОБЪЕКТОВ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Волгоградский государственный медицинский университет

## ВВЕДЕНИЕ

Среди операторских профессий операторам потенциально опасных объектов традиционно принадлежит особое место [5, 6]. При этом доля операторов относительно общего количества персонала на данных объектах весьма существенна. В частности, среди сотрудников энергоблока атомных электростанций (АЭС) операторы составляют в среднем 20% [2]. Степень личной ответственности оператора за ошибку во время работы на потенциально опасных объектах очень велика и существенно осложняет его деятельность [1]. Хроническое психоэмоциональное напряжение в сочетании с монотонностью труда и лимитом времени на принятие решений в случае развития внештатной ситуации может способствовать развитию дисфункции ЦНС и повышать вероятность сбоев в работе оператора и развития аварийной ситуации [8].



Таблица 1

**Оценка достоверности различий показателей сенсомоторного слежения между группами операторов со средним и высоким уровнем IQ (F-критерий Фишера)**

Показатели сенсомоторного слежения, мм	Тип IQ		Эмпирическое значение F-критерия	Критическое значение F-критерия
	средний IQ (n=90), M±m	высокий IQ (n=27), M±m		
1-й блок	2,0±0,27*	1,3±0,21	2,46	0,53
2-й блок	3,1±0,22*	2,4±0,27	2,12	0,53
3-й блок	7,0±0,35*	6,3±0,14	17,46	0,53
Среднее значение по результатам 3-х блоков	5,0±0,26*	4,4±0,17	5,96	0,53

\* статистически достоверные различия с группой высокого IQ (p<0,05).

Таблица 2

**Оценка достоверности различий показателей сенсомоторного слежения между группами обследованных с высоким и сверхвысоким уровнем IQ (U-критерий Манна Уитни)**

Показатели сенсомоторного слежения, мм	Тип IQ		Эмпирическое значение U-критерия	Критическое значение U-критерия
	высокий IQ (n=27), M±m	сверхвысокий IQ (n=3), M±m		
1-й блок	1,3±0,21	1,2±0,49	141,5	107,0
2-й блок	2,4±0,27	2,2±0,25	137,0	107,0
3-й блок	6,3±0,14	5,9±0,27	151,5	107,0
Среднее значение по результатам 3-х блоков	4,4±0,17	4,0±0,26	143,5	107,0

Важнейшей составной частью психической сферы человека-оператора являются такие когнитивные процессы, как мышление и интеллект [7]. Однако при наличии большого количества теоретических работ, посвященных различным аспектам интеллекта, соотношение отдельных его типов с эффективностью и надежностью операторской деятельности остается большей частью за рамками исследований. Также до конца не выяснен вопрос о зависимости качественных и количественных характеристик деятельности человека-оператора от показателей структуры психометрического интеллекта и его общего уровня.

В связи с вышеизложенным целью данного исследования стало определение роли психометрического интеллекта в эффективной работе системы «человек-машина» на потенциально опасных объектах.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 120 профессиональных операторов потенциально опасных объектов (операторы средств управления воздушным движением, операторы теплоэлектростанций, операторы химических предприятий) в возрасте 18–45 лет. Оценка психометрического интеллекта проводилась по методике Ж.-М. Беар и др. [3]. Участникам было предложено ответить на 45 тестовых вопросов. По результатам теста определялся коэффициент общего психометрического интеллекта (IQ), логический, вербальный и математический интеллект.

Эффективность моделируемой операторской деятельности определялась методом оригинального компьютерного тестирования с помощью программы «Setiya» v. 2.0 по результатам сенсомоторного компенсаторного слежения [4].

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди обследованных операторов 75,0% обладали средним IQ (85–115 баллов), 22,5% – высоким IQ (116–130 баллов) и 2,5% — сверхвысоким IQ (131 балл и более).

Все показатели структуры психометрического интеллекта (логический, вербальный и математический интеллект) оказались в среднем на 20,6% достоверно выше в группе высокого IQ, чем в группе среднего IQ (p<0,05). Данные показатели в группе сверхвысокого IQ оказались в среднем на 17,0% достоверно выше, чем в группе высокого IQ (p<0,05).

Далее нами были проанализированы группы операторов со средним и высоким уровнем IQ. Поскольку исследуемые выборки были отнесены к выборкам с небольшими отклонениями от нормального распределения, то нами использовался параметрический F-критерий Фишера, устойчивый к данным отклонениям (табл. 1).

В группе операторов с высоким IQ среднее расстояние между движущимся объектом и курсором манипулятора по результатам всех блоков оказались меньше, чем у операторов со средним IQ, что соответствует более высокой результативности операторской деятельности у лиц с высоким интеллектом. В частности, в группе операторов с высоким IQ результат слежения оказался лучше, чем в группе операторов со средним IQ, на 35,0% в 1-м блоке, на 22,6% во 2-м блоке, на 10,0% – в 3-м блоке и на 12,0% по среднему значению всех блоков. Статистически достоверные различия были обнаружены для результатов всех блоков: для 1-го блока (p=0,0144,  $F_{эмп.} > F_{кр.}$ ), для 2-го блока (p=0,0394,  $F_{эмп.} > F_{кр.}$ ), для 3-го блока (p=3,16·10<sup>-11</sup>,  $F_{эмп.} > F_{кр.}$ ), для среднего значения всех блоков операторской деятельности (p=5,78·10<sup>-6</sup>,  $F_{эмп.} > F_{кр.}$ ).

Далее нами была проверена достоверность различий показателей сенсомоторного слежения у операторов с высоким и сверхвысоким уровнем IQ. Поскольку распределение исследуемых выборок значительно отличалось от нормального, то нами использовался непараметрический U-критерий Манна–Уитни (табл. 2).

В группе операторов со сверхвысоким IQ среднее расстояние между движущимся объектом и курсором манипулятора по результатам всех блоков оказались меньше, чем у операторов с высоким IQ, что соответствует более высокой результативности операторской деятельности у лиц со сверхвысоким IQ. В частности, в группе операторов со сверхвысоким IQ результат слежения оказался лучше, чем в группе операторов с высоким IQ, на 7,7% в 1-м блоке, на 8,3% во 2-м блоке, на 6,3% в 3-м блоке и на 9,1% по среднему значению всех блоков. Однако обнаруженные различия оказались статистически недостоверными (p>0,05;  $U_{эмп.} > U_{кр.}$ ).

## ВЫВОДЫ

1. Операторы с высоким IQ показали в среднем на 12,0 % более высокую эффективность сенсомоторного слежения по результатам выполнения заданий различной сложности по сравнению с операторами со средним IQ.

2. Для операторов со сверхвысоким IQ не обнаружено достоверно более высокой результативности сенсомоторного слежения по сравнению с операторами с высоким IQ. Следовательно, сверхвысокое значение IQ в данном случае не дает существенного преимущества при выполнении моделируемой операторской работы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамова, В. Н.* Современные психологические проблемы в атомной энергетике / В. Н. Абрамова // *Электрические станции*. – 1996. – № 2. – С. 3–10.
2. *Алонцева, Е. Н.* Анализ особенностей управления энергоблоком АЭС в экстремальных ситуациях / Е. Н. Алонцева, А. Н. Анохин // *Научная сессия МИФИ – 2005* : сб. науч. тр. Т. 12 : Информатика. Компьютерные системы и технологии. – М. : МИФИ, 2005. – С. 29–31.
3. *Беар, Ж.-М.* Два теста : узнайте ваши IQ и EQ / Ж.-М. Беар [и др.] // *Psychologies*. – 2007. – № 18 (прил.). – С. 24–33.
4. *Кудрин, Р. А.* Типологические особенности реакций когнитивной сферы человека на эмоциогенные и физические нагрузки : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Р. А. Кудрин. – Волгоград, 2001. – 21 с.
5. *Львов, В. М.* Проблема безопасности полетов и эргономические технологии / В. М. Львов // *Проблемы психологии и эргономики*. – 2002. – № 5. – С. 22–26.
6. *Меденков, А. А.* Актуальные проблемы авиационной эргономики / А. А. Меденков // *Проблемы психологии и эргономики. Человеческий фактор*. – 2005. – № 3. – С. 34–39.

7. *Сурма, С. В.* Процесс принятия решения как взаимодействие информационных потоков / С. В. Сурма // *Материалы XVII съезда физиологов России*. – Ростов н/Д, 1998. – С. 299.

8. *Тимофеев, Н. А.* Принципы системной организации реабилитационно-оздоровительных мероприятий на Чернобыльской АЭС в послеварийный период / Н. А. Тимофеев // *Вестник Новгород. гос. ун-та*. – 1998. – № 8. – С. 43.

## РЕЗЮМЕ

*Р. А. Кудрин, Е. В. Лифанова, М. Ю. Будников*

**Эффективность работы операторов потенциально опасных объектов как результат психометрического интеллекта**

Обследованы 120 профессиональных операторов потенциально опасных объектов (операторы средств управления воздушным движением, операторы теплоэлектростанций, операторы химических предприятий) в возрасте 18–45 лет. Выявлено, что операторы с высоким IQ показали в среднем на 12,0 % более высокую эффективность сенсомоторного слежения. Сверхвысокое значение IQ не давало существенного преимущества при выполнении моделируемой операторской работы.

**Ключевые слова:** психометрический интеллект, операторская работа, операторы потенциально опасных объектов.

## SUMMARY

*R. A. Kudrin, E. V. Lifanova, M. Y. Budnikov*

**Efficiency of operators work in potentially dangerous settings as a result of psychometric intelligence**

Professional operators (at the age of 18–45 ys, n=120) working in potentially dangerous settings (airports, thermoelectric power stations, chemical works) have been under examination. The operators with high IQ indices have been found to have a 12 % higher efficiency in sensor motor tracing. Ultra-high IQ indices gave advantages in performing of a modelled operator's task.

**Key words:** psychometric intelligence, operator's work, operators of potentially dangerous objects.

© В. А. Куприянова, А. Г. Захарчук, Д. Л. Спивак, 2011 г.  
УДК 612.68

**В. А. Куприянова, А. Г. Захарчук,  
Д. Л. Спивак**

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗЕРВЫ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

Институт мозга человека РАН, Санкт-Петербург; Городской гериатрический медико-социальный центр, Санкт-Петербург

## ВВЕДЕНИЕ

Старение не является уникальной особенностью нашего времени, но лишь в последние 100 лет оно стало обычным явлением. Однако нельзя сказать, что у многих людей дополнительные годы жизни проходят счастливо. Целью нашей работы стало изучение психологических резервов, используемых в процессе старения человека.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе городского гериатрического медико-социального центра Санкт-Петербурга (терапевтическое отделение). Был проведен анализ данных анамнеза и психологическое тестирование пациентов. Всего были обследованы 163 человека обоих полов в возрасте от 65 до 98 лет (средний возраст – 79,97 года).

В выборку входили пациенты с наиболее сохранным интеллектом, без выраженных признаков сенильной деменции и иных психических заболеваний.

Исследование психологических резервов осуществлялось в следующих направлениях: изучение уровня креативности (по экспресс-методике Е. Е. Туник), выраженности интринзивных религиозно-психологических установок (по Дж. Кассу и др.), признаков измененных состояний сознания (по опроснику ИМЧ РАН), напряженности базовых психологических защит (по Р. Плутчику-Л. И. Вассерману и др.), а также их взаимосвязи с итоговыми индексами реактивной (по Н. А. Курганскому и др.) и личностной невротизации (по Л. И. Вассерману и др.).

*Креативность* как способность к творческим актам, которые ведут к новому необычному видению проблемы или ситуации, теоретически должна способствовать преодолению многих препятствий, связанных с возрастом: от снижения уровня самообслуживания до преодоления социальной изоляции.

Адаптационная роль *религии* заключается в создании общей для всех верующих картины мира, в установлении системы ценностей и норм поведения, в определении жизненных целей и устремлений. Считается, что религиозная практика приводит к снижению тревоги, к возникновению и упрочнению чувства защищенности.

В рамках основанной профессором Л. И. Спиваком и академиком Н. П. Бехтеревой научной школы изучения *измененных состояний сознания (ИСС)* под ИСС понимается одна из распространенных, однако неоптимальных стратегий активной адаптации нормального человека к необычным и/или экстремальным условиям, состоящая во временной индукции ряда особых психических феноменов. Изучалась их возможная роль в адаптации к возрастному стрессу. Статистическая обработка данных проводилась методом факторного анализа.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные установили, что религиозность (фактор 1), креативность (фактор 2) и измененные состояния сознания (фактор 4) образовали отдельные, самостоятельные факторы. Это указывает на независимость проявлений этих видов духовной жизни человека друг от друга и от уровня невротизации человека (таблица). Уровень выраженности интринсивных религиозно-психологических установок зависел от пола респондента (фактор 1). В своем большинстве женщины были более религиозны, чем мужчины. Возможно, это объясняется эволюционно закрепленным более агрессивным и независимым стилем поведения мужчин в обществе. Эти данные соответствуют предыдущим нашим исследованиям, в которых была показана связь религиозности с возрастом респондентов [5]. Обнаружена положительная связь уровня образования и религиозности человека (фактор 1). Вероятно, это можно объяснить тем, что люди, более склонные к умственному труду, более активны на поле духовного поиска.

Все индексы по креативности образовали один, независимый фактор (фактор 2). Это соответствует данным, полученным на молодой популяции, в том числе в ходе апробации данной методики [3]. Этот вывод важен в методологическом отношении, так как указывает на возможность (и необходимость) изучения творческих способностей у лиц геронтологического возраста.

Выявлена прямая корреляция вербальной, образной и предметно-бытовой креативности между собой и с общей оценкой творческих способностей (фактор 2), что указывает на взаимосвязь различных видов креативности между собой. Креативный человек часто креативен во всем, в большом и в малом, в высоком и повседневном [2].

Результаты факторного анализа психологических и социально-демографических характеристик у исследованной группы геронтологических больных (n=163)

Фактор	1	2	3	4
ПС	0,27	0,18	0,68*	0,16
ИСС	0,11	0,08	0,12	0,88*
УН	0,10	0,02	0,79*	0,33
Л	0,59*	0,18	0,64*	0,03
РЕЛ	0,66*	0,18	0,48	0,04
ИЖС	0,38	0,03	0,57*	0,41
ВОЗР	0,48	0,42	0,06	0,10
ПОЛ	0,81*	0,09	0,10	0,18
ОБР	0,89*	0,10	0,06	0,11
ПБК	0,09	0,66*	0,07	0,15
ВК	0,11	0,78*	0,08	0,16
ОК1	0,07	0,83*	0,11	0,05
ОК2	0,17	0,67*	0,05	0,33
ИК	0,13	0,98*	0,03	0,03
Expl.Var	3,55	3,47	2,10	1,32
Prp.Totl	0,24	0,23	0,14	0,09

Примечания: ПС – итоговый индекс реактивной невротизации; ИСС – итоговый индекс выраженности признаков измененных состояний сознания; УН – итоговый индекс личностной невротизации; Л – индекс неискренности; РЕЛ – итоговый индекс выраженности интринсивных религиозно-психологических установок; ИЖС – итоговый индекс напряженности базовых психологических защит; ВОЗР – возраст; ОБР – образование; ПБК – предметно-бытовая креативность; ВК – вербальная креативность; ОК1, 2 – результаты 2-х тестов образной креативности; ИК – итоговое значение уровня креативности; Expl.Var – собственное значение фактора; Prp.Totl – процент объясненной дисперсии. Метод выделения факторов (по столбцам) – главные компоненты, использовано ортогональное вращение матрицы нагрузок Varimax norma-lized; \* – факторные нагрузки – 0,55.

Уровень творческих способностей прямо не зависел от возраста (фактор 2). При этом была обнаружена четкая дискриминативная граница между «креативными» и «некреативными» респондентами. Что соответствует зарубежным данным [4], которые указывают на то, что среди людей, которые всегда отличались творческими способностями, различие между молодыми и пожилыми может быть гораздо меньше или вообще отсутствовать. Это позволяет сделать вывод, что в отдельных случаях креативность можно использовать как зону опоры при проведении психотерапии пожилых.

Реактивная и личностная невротизация имели прямую связь между собой и отрицательно коррелировали с напряженностью психологических защит (фактор 3). Эта закономерность соответствует главной роли психологических защит: преодоление фрустрирующих влияний и тревожных переживаний [1]. Как правило, человек начинает их использовать при усилении стрессовых воздействий.

Измененные состояния сознания были показаны как особая размерность психологической жизни человека (фактор 4), не зависящая от уровня невротизации человека и иных характеристик. Кроме того, в процессе исследования было сделано следующее наблюдение: из числа пациентов более старшего возраста наилучшие результаты выполнения тестов, как правило, показывали долгожители, имевшие профессию врача и учителя.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в данном исследовании не было выявлено психологических особенностей долгожителей, напрямую коррелирующих с возрастом. Однако описанные закономерности показывают необходимость дальнейших изысканий.

*Исследование поддержано РФФИ, грант 09-06-00012а, и грантом НШ-3318.2010.4.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман, Л. И.* Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л. И. Вассерман [и др.]. – СПб., 2005. – С. 2.
2. *Князева, Е. Н.* Синергетика : нелинейность времени и ландшафты коэволюции / Е. Н. Князева, С. П. Курдюмов. – М.: КомКнига, 2007. – С. 27.
3. *Туник, Е. Е.* Психодиагностика творческого мышления / Е. Е. Туник. – СПб., 2006. – С. 33–35.
4. *Crosson, C. W.* Age and preference for complexity among manifestly creative women / C. W. Crosson, E. A. Robertson-Tchabo // *Human Development*. – 1983. – № 26. – P. 149–155.
5. *Spivak, D.* Religiosity and alterations of consciousness related to aging and longevity and their genetic correlates / D. Spivak [et al] // *Toward a Science of Consciousness*. – Stockholm, 2011. – P. 125.

## РЕЗЮМЕ

*В. А. Куприянова, А. Г. Захарчук, Д. Л. Спивак*  
Психологические резервы активного долголетия

Исследование посвящено изучению психологических резервов, которые задействуются в процессе старения. Рассмотрены такие психологические характеристики, как креативность, религиозность, проявления признаков измененных состояний сознания, уровень невротизации и стратегии психологической защиты. В результате статистической обработки были установлены коррелятивные связи между религиозностью, полом респондентов и их образованием, а также уровнем невротизации (как в личностном, так и реактивном плане) и уровнем напряженности психологической защиты. Кроме того, впервые была установлена весьма важная в методологическом отношении принципиальная корректность проведения пакета тестов на креативность по Торренсу–Туник на материале активного старения и долголетия.

**Ключевые слова:** старение, психологические резервы, креативность, религиозность, измененные состояния сознания, уровень невротизации.

## SUMMARY

*V. A. Kupriyanova, A. G. Zakharchuk, D. L. Spivak*  
Psychological reserves of active longevity

The purpose of this study was to examine psychological reserves involved in the process of human aging. Psychological characteristics such as creativity, religiosity, altered states of consciousness, level of neurotisation and strategies of psychological protection were studied. Statistical analysis of the data obtained showed correlation between religiosity, gender and education of the respondents on the one hand, and the level of intensity of psychological defences on the other hand. Besides, of notice is principal correctness in conducting the package of Torrence-Tunick tests on creativity.

**Key words:** aging, psychological reserves, creativity, religiosity, altered states of consciousness, level of neurotisation.

© И. В. Курышева, 2011 г.  
УДК 616.89-008.447-053.32:78

**И. В. Курышева**

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МУЗЫКАЛЬНО-ТВОРЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ЭСТЕТИКО-СЕМИОТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Волжский гуманитарный институт (филиал) Волгоградского государственного университета

## ВВЕДЕНИЕ

Меры превентивного характера, которые должны приниматься с целью профилактики асоциальных отклонений, обусловлены характером психобиологических предпосылок асоциального поведения несовершеннолетних, которые имеют специфические неблагоприятные индивидуальные

особенности, затрудняющие социальную адаптацию детей и подростков [1, 8, 10]. Психобиологические предпосылки асоциального поведения детей представлены весьма разнообразным кругом явлений. Трудновоспитуемость ребенка может быть обусловлена различными нервно-психическими заболеваниями, неврологическими отклонениями, акцентуациями, различными физическими недостатками, дефектами речи, внешней непривлекательностью. Своевременное выявление этих проблем необходимо для дифференцированного и адекватного применения мер воспитательно-профилактического характера [2, 11, 8].

В нашем исследовании в качестве доступного и эффективного средства профилактики и коррекции асоциального поведения детей выступало классическое музыкальное искусство, обладающее мощным воспитательным воздействием. Общая гипотеза исследования заключалась в предположении о том, что оптимальная эффективность музыки как средства развития личности обеспечивается на основе эстетико-семиотического подхода к образованию и разработанной на его основе музыкально-семантической модели психологического сопровождения этого процесса [4].

Данная гипотеза раскрывается следующими частными предположениями, подлежащими теоретико-экспери-

ментальной проверке: музыкальное искусство детерминирует творческое развитие личности, существенно ускоряет и оптимизирует этот процесс. Оно способствует духовно-нравственному личностному росту [3, 6]. Это обусловлено специфическими особенностями музыкального текста, особенно *шедевров* как произведений эстетико-художественного максимума. Авторская музыкально-семантическая модель психологического сопровождения творческого развития личности построена на принципах личностно-ориентированной направленности, субъектности, культуросообразности, природосообразности, оптимальности, психологической безопасности, интегративности, уникальности, безусловной любви, синергичности, эстетичности, осмысленности, диалогичности.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе муниципального образовательного учреждения специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната VIII вида № 39 г. Нижнего Новгорода была организована экспериментальная площадка Нижегородского института развития образования под нашим руководством. Объектом исследования явились дети 5,5–7 лет, поступившие в эту школу из дошкольных учреждений Нижегородского района Нижнего Новгорода. Их вывели из детских садов из-за трудновоспитуемости, проявлений асоциального поведения. В подготовительный класс поступили 5 человек, в первый класс – 4 человека. В начале года все дети были обследованы, была проведена психолого-педагогическая диагностика. В качестве группы сравнения выступали учащиеся 1 класса этой же школы (10 человек). В основном для обследования использовался метод наблюдения, так как дети не принимали инструкции педагога. Обследование детей осуществлялось как на уроках в классе, так и индивидуально на занятиях с психологом, логопедом. Кроме этого, изучалась документация детей, их тетради, заполнялись речевые карты.

Все дети были расторможенные, не могли сосредоточиться на занятии, проявляли к работе кратковременный интерес. Привлечь внимание детей можно было на 3–5 минут. Все воспитанники имели значительное отставание от условно возрастной нормы: недостаточность знаний об окружающем мире; мыслительные операции были затруднены; имела место значительная задержка речевого развития; низкая работоспособность; низкая обучаемость; дефицит внимания; неадекватность эмоциональных и поведенческих реакций; недостаточно развитый познавательный интерес; примитивность игровой деятельности, несформированность навыка коллективной игры. У 30% детей не были сформированы навыки самообслуживания. Дети плохо понимали и часто не принимали инструкцию занятия. Дети экспериментальной группы имели *общее недоразвитие речи*: 3 уровень – 6 человек, из них в сочетании с дислалией – 4 человека, в сочетании с дислалией и заиканием – 1 ребенок – Саша К.; 2 уровень в сочетании с дислалией – 1 человек – Ваня А.; 1 уровень, экспрессивная алалия – 2 учащихся – Ваня С., Рома Т.

По результатам наблюдения и промежуточного мониторинга были определены индивидуальные особенности каждого ребенка; составлены индивидуальные программы психолого-педагогического сопровождения развития каждого воспитанника.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Творческой группой была реализована программа психологического сопровождения музыкально-творческого развития детей экспериментальной группы. Психологическая работа была организована по трем направлениям: с детьми, их родителями, педагогами. Педагогами были выработаны коррекционно-развивающие технологии, способствующие музыкально-творческому развитию детей, оптимизации их психического и личностного развития в целом. Большое внимание уделялось психолого-педагогическому просвещению родителей. Ежемесячно проводились индивидуальные и групповые консультации с родителями. Педагогическим коллективом совместно с родителями была создана коррекционно-развивающая среда [5]: кабинет психомоторного и сенсорного развития детей [7]; уютные игровые уголки; класс для занятий группы продленного дня с музыкальным центром и комплектом дисков с классической музыкой (П. И. Чайковского, И. С. Баха, В. А. Моцарта и др.), со звуками природы, детскими песнями; два класса, оснащенных развивающими играми и игрушками, необходимыми для организации сюжетно-ролевых игр.

Дети экспериментальной группы два раза в неделю занимались музыкой (30 минут). Дети очень любили эти занятия, они наполняли их радостными эмоциями. Под руководством опытного преподавателя они разучивали танцы и песни, слушали музыку. Отметим, что на всех занятиях присутствовал концертмейстер (с высшим музыкальным образованием), который исполнял классические музыкальные произведения на высоком профессиональном уровне. Танцы, упражнения, игры на занятии сопровождалась фрагментами из классических музыкальных произведений. В конце года дети показали приобретенные умения и навыки на итоговом концерте. Они пели, танцевали, рассказывали стихи. Родители плакали от радости потому, что никогда до этого на праздниках их дети не принимали участия в танцах, играх, исполнении песен и стихов.

Кроме того, педагоги, работающие с детьми, разучивали с ними песни, организовывали восприятие классических музыкальных произведений в группе продленного дня, на занятиях ИЗО, ручного труда, глинолечения и др. В группе продленного дня и на переменах звучала фоновая музыка. Особо необходимо отметить, что музыкальная среда ребенка не должна быть перегруженной, перенасыщенной. Основным критерием здесь должно быть самочувствие детей. Педагогам необходимо внимательно наблюдать за эмоциональной реакцией детей на музыку, общим состоянием, поведенческими реакциями. Тревожными сигналами могут быть резкое по-

вышение речевой и двигательной активности, внезапные яркие эмоциональные реакции, резкие перепады настроения, негативные эмоциональные состояния, неусидчивость, негативизм. Нужно соблюдать требование принципа оптимальности – необходимости и достаточности музыкального воздействия. В работе использовались музыка П. И. Чайковского (балеты «Щелкунчик», «Спящая красавица», «Лебединое озеро», 1 часть Симфонии № 6, фортепьянные пьесы «Времена года», «Детский альбом» и т. п.), И. С. Баха («Ария» из сюиты № 3 Ре-мажор), Ф. Шуберта («Аве Мария» и др.), Э. Грига («Утро» из музыки к драме Ибсена «Пер Гюнт»), Н. А. Римского-Корсакова (опера «Снегурочка», «Садко»), М. И. Глинки («Вальс-фантазия») и т. п.

Кроме того, родителям рекомендовали посещать со своими детьми спектакли в оперном театре. Сначала реакция родителей на такие рекомендации была резко негативной. Они не представляли, что их дети смогут выдержать долгий спектакль. Нами было предложено родителям начать посещение с балета П. И. Чайковского «Лебединое озеро» или оперы В. А. Моцарта «Волшебная флейта». Родителей убедили, что можно уйти со спектакля в любое время, по желанию и возможностям ребенка. Мама одного из самых сложных воспитанников Вани А. с удивлением рассказывала, что в первое посещение (балет «Лебединое озеро») ребенок спокойно воспринял целое действие, после чего пришлось уйти. На второй раз мальчик уже с удовольствием просмотрел весь спектакль до конца.

В результате коррекционно-развивающей работы в конце учебного года все учащиеся стали понимать словесную инструкцию педагогов; выполнять режимные моменты; овладели навыками самообслуживания. У всех детей повысилась работоспособность (до 15–20 минут); появилась мотивация к учению. Увеличилось количество учащихся, занятых одним общим делом, 89% детей стали участвовать в коллективных играх, научились выражать свои эмоции и понимать чужие. На занятиях физкультурой появилось коллективное взаимодействие, взаимопомощь; 70% ребят усвоили алгоритм действий при выполнении упражнений, правила игр, правила поведения в спортзале. Кроме того, улучшилось физическое состояние детей: координация движений, гибкость, ловкость, быстрота реакции. Реже стали проявляться неадекватные эмоциональные и поведенческие реакции. 80% испытуемых стали способны осуществлять самостоятельный контроль за своим поведением. Повысилась обучаемость у 100% детей экспериментальной группы, все они стали способны выполнять действия по образцу, 70% детей стали способны выполнить творческое задание.

В конце учебного года 90% учащихся выполняли задание, рассчитанное на 2–3 урока ручного труда (помпон, салфетка с украшающим швом). В начале года интерес к заданию можно было удержать лишь на 10–15 минут. Стойкий интерес к работе был сформирован у 60% обучающихся. Занятия глинотерапией (два раза в неделю)

способствовали формированию навыков рисования, лепки, элементарного конструирования, развитию крупной и мелкой моторики, графомоторных навыков у 100% детей. К концу года педагог отметил, что у детей на занятии стали появляться положительные эмоции – смех, радость, удивление. Наладились межличностные отношения, психологический климат в коллективе улучшился. Во время занятий учителем вводились элементы сказкотерапии, музыкотерапии.

К концу года дети стали играть самостоятельно в сюжетно-ролевые игры, самостоятельно выбирать себе роли, 40% детей могли взять на себя роль ведущего, лидера в организации игры. Большая роль отводилась музыкальным играм и играм на музыкальном материале.

Значительная положительная динамика была зафиксирована в речевом развитии всех детей экспериментальной группы. Саша К. стал более активным и самостоятельным при составлении предложения по сюжетным картинкам. Ваня С. стал проявлять больше интереса к логопедическим занятиям. Удалось расширить его активный словарь несколькими словами (было одно – «мама»). У Ильи Д. отмечено улучшение состояния лексико-грамматического строя, а также фонематических процессов и звуко-слогового анализа слов. Рома Т. начал соотносить изображения на картинке с реальным предметом. Дети стали более организованными на занятиях. Установить контакт удалось со всеми учащимися. Наиболее сложным было достичь взаимодействия с Ромой Т. и Ильей Д. У 85% детей сформировались временные представления, представления «о себе» (стали правильно использовать местоимения и притяжательные формы («Я», «Я – ты», «Я – вы»), представления о своей семье, родственных отношениях, своем городе. В целом увеличился активный и пассивный словарь у 100% детей.

Анализ динамики психомоторного развития детей и динамики эмоционального отношения детей к интеллектуальной деятельности проводился на основании соответствующих уровней, разработанных Н. В. Шутовой [9]. Результаты итоговой диагностики показали, что в начале учебного года 45% испытуемых по своему психомоторному развитию и эмоциональному отношению к интеллектуальной деятельности не дотягивали до IV (низшего) уровня и 55% соответствовали этому уровню. В конце учебного года 45% обучающихся имели III уровень и 55% обучающихся – II уровень психомоторного развития. Показатели эмоционального отношения к интеллектуальной деятельности соответствовали III уровню – 22% детей, II уровню 45%, и на I уровне оказались 33% учащихся. Это позволяет сделать вывод о значительной положительной динамике в познавательном и личностном развитии детей экспериментальной группы. Дети контрольной группы, которые занимались по обычной программе коррекционной школы, имели менее яркую положительную динамику. Только 30% детей контрольной группы перешли на более высокий уровень психомоторного развития и 25% – на более высокий уровень эмоци-

онального отношения к интеллектуальному заданию, 45% улучшили свои результаты в рамках имеющегося в начале года уровня.

Кроме того, наблюдая за детьми и беседуя с родителями и педагогами, мы сделали вывод о значительной положительной динамике в музыкально-творческом развитии детей. Они запомнили и пели несколько песен, с интересом и увлечением рисовали, лепили и т. п. Звучащая музыка вдохновляла их, активизировала их творческую деятельность, успокаивала, настраивала на работу. Дети научились слушать музыку, выражать свои эмоции в танце, песне, ритме. Например, Рома Т., который произносил только два слова и не проявлял инициативы в общении, на музыкальных занятиях активно пытался звуками передать мелодию и ритм.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психологическое сопровождение музыкально-творческого развития детей с проявлениями асоциального поведения на основе эстетико-семиотического подхода способствовало оптимизации их психического и личностного развития. Основными психологическими условиями эффективного творческого развития личности средствами музыки выступали: эмоционально-образная насыщенность и духовно-нравственное содержание музыкальных произведений, используемых в развивающей программе; разнообразие творческой активности обучающегося с учетом психологических особенностей возраста; создание музыкально-творческой развивающей среды в формирующей работе; творческая личность педагога; направленность формирующей программы на развитие целостной творческой личности обучающегося.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беличева, С. А. Основы превентивной психологии / С. А. Беличева. – М. : Соц. здоровье России, 1994. – 221 с.
2. Зейгарник, Б. В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь. – М. : Москов. ун-т, 1980. – 160 с.
3. Кабалецкий, Д. Б. Прекрасное пробуждает доброе / Д. Б. Кабалецкий // Статьи, доклады, выступления. – М. : Педагогика, 1973. – 273 с.
4. Курьшева, И. В. Музыкально-творческое развитие личности : эстетико-семиотический подход / И. В. Курьшева // Мир науки, культуры, образования. – 2011. – № 3 (28). – С. 93–98.
5. Курьшева, И. В. Формирование психологической готовности к школе детей с проявлениями асоциального поведения / И. В. Курьшева, И. А. Обрядчикова, В. А. Вилкова / Науч. тр.

Нижегород. филиала Ин-та бизнеса и политики. Вып. 1 : История, право, психология, экономика. – Н. Новгород : НФИБП, 2008. – С. 135–156.

6. Неменский, Б. М. Мудрость красоты / Б. М. Неменский // О проблемах эстетического воспитания : книга для учителя. – М. : Просвещение, 1981. – 192 с.

7. Пособие для педагогов по сенсомоторному развитию дошкольников / под ред. М. М. Безруких. – М., 2001. – 261 с.

8. Шепелева, С. В. Социально-психологическая профилактика пределиантного поведения у детей дошкольного возраста : дисс. ... канд. психол. наук / С. В. Шепелева. – Кострома, 2003. – 253 с.

9. Шутова, Н. В. Интегрированное психическое развитие проблемных детей средствами музыкального воздействия : монография / Н. В. Шутова. – М. : МГТУ ; Н. Новгород : НГПУ, 2008. – 225 с.

10. Ajzen, I. Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors / I. Ajzen, M. Fishbein // Journ. Pers.-Soc. PsychoL. – 1973. – Vol. 27. – № 1. – P. 41–57.

11. Fishbein, M. Attitude and the prediction of behavior / M. Fishbein // Readings in attitude theory and measurement / eds by M. Fishbein. – N.-Y., 1967.

## РЕЗЮМЕ

*И. В. Курьшева*

**Психологическое сопровождение музыкально-творческого развития детей с проявлениями асоциального поведения: эстетико-семиотический подход**

Описана психологическая работа, направленная на музыкально-творческое развитие группы детей дошкольного возраста с проявлениями асоциального поведения, основанная на принципах и методах нового для педагогической психологии эстетико-семиотического подхода. В результате взаимодействия педагогов, психологов, родителей в условиях развивающей музыкально-творческой среды у всех детей наблюдалась значительная устойчивая положительная динамика.

**Ключевые слова:** музыкально-творческое развитие, асоциальное поведение, классическая музыка, эстетико-семиотический подход.

## SUMMARY

*I. V. Kuryshева*

**Psychological support in musical-creative development of children with asocial behavior: aesthetic-semiotic approach**

The paper treats a new psychological approach to creative musical development in pre-school children with asocial behaviour. The approach is based on the principles and methods of a new (for pedagogical psychology) approach. As a result of interaction between teachers, psychologists, and parents in the settings of the developing musical-creative environment all children showed significant, steady positive dynamics.

**Key words:** musical-creative development, asocial personality disorder (ASPD), classical music, aesthetic-semiotic approach.

© Е. Е. Малкова, 2011 г.  
УДК 616.895.8-053.2

**Е. Е. Малкова**

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ И ИХ СВЯЗЬ С ТРЕВОГОЙ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В. М. Бехтерева

### ВВЕДЕНИЕ

Подростковый возраст, будучи периодом становления характера, является наиболее уязвимым в области характерологических сдвигов. Именно в этом возрасте перед психиатрами и клиническими психологами стоит трудная задача дифференциального диагноза между шизотипическим расстройством и нарушениями поведения при акцентуациях характера [4]. Для шизотипического расстройства личности характерны социальная изоляция, ограниченные или неадекватные эмоции, а также сосуществование эмоциональной холодности с резкой гиперчувствительностью к отдельным раздражителям [6, 7]. При этом трудности и стесненность при социальных взаимодействиях зачастую приводят к развитию социальной тревоги, которая, в свою очередь, запускает своеобразные психологические защиты, неосознанно регулирующие поведение и деятельность в целом [3]. Это особенно важно в отношении подростков, так как в подростковом возрасте социальные навыки еще формируются, в случае же шизотипического расстройства это формирование приобретает болезненный характер, становясь основой более серьезных проблем в будущем, вплоть до вероятности развития заболеваний психотического регистра [1].

Исходя из этого, представляется актуальным исследовать особенности репертуара психологических защит их связь с общей и социальной тревогой как факторами риска социальной дезадаптации у подростков с шизотипическими расстройствами.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с этим нами были исследованы три группы подростков старшего школьного возраста (16–18 лет). Основную группу составили 26 подростков (8 мальчиков и 18 девочек,  $17,3 \pm 1,4$  года), проходивших стационарное обследование и лечение на базе подросткового психиатрического отделения СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева. Группа была сформирована по результатам анализа содержания историй болезни, анамнестических и клинико-психологических особенностей, соответствующих критериями шизотипического расстройства (F21). Контрольная группа состояла из социально-адаптирован-

ных подростков (27 мальчиков и 33 девочки,  $16,9 \pm 1,2$  года), учащихся старших классов средних общеобразовательных школ. В контрольной группе были выделены две подгруппы на основе результатов патохарактерологического опросника и проанализированных данных анамнеза. В первую был включен 21 подросток (11 мальчиков и 10 девочек,  $17,5 \pm 0,8$  года) с преимущественно шизоидным складом характера, а во вторую – 39 подростков (16 мальчиков и 23 девочки,  $16,7 \pm 1,6$  года) с иными характерологическими особенностями.

В качестве основных методов были использованы клинико-психологический и экспериментально-психологический, включивший в себя патохарактерологический диагностический опросник [4] для выделения группы социально-адаптированных подростков с преимущественно шизоидным складом характера; опросник «Индекс жизненного стиля» [2] для определения выраженности психологических защит; опросник «Многомерная оценка детской тревожности» [5] для оценки характера и уровня тревожности.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование показало, что наиболее часто встречающейся у подростков с шизотипическим расстройством оказывалась такая психологическая защита, как реактивное образование, развивающееся вследствие повышения уровня общей тревожности. Наиболее значимыми (при  $p < 0,05$ ) в плане развития тревоги у лиц с шизотипическим расстройством в сравнении как с группой конституциональных шизоидов, так и с группой подростков с иными характерологическими особенностями были ситуации самовыражения и проверки знаний, связанные с оценкой (особенно публичной) окружающих. Исходя из этого, можно полагать, что именно они являются своеобразной «зоной наименьшего сопротивления» и «маркером» вероятности развития шизотипического расстройства у подростков вне зависимости от их исходных характерологических особенностей. При этом для социально-адаптированных шизоидов наиболее значимо выраженной (при  $p < 0,05$ ) была оценка со стороны учителя, в то время как для остальных подростков на первом месте (при  $p < 0,05$ ) стояла оценка сверстников. Отличающая подростков с шизотипическим расстройством от контрольных групп, значимо низкая (при  $p < 0,05$ ) тревога в отношениях со значимыми близкими (родителями) может, с нашей точки зрения, быть использована в психокоррекционной работе в качестве резерва адаптации.

Исследование взаимосвязей показателей выраженности психологических защит и различных аспектов тревожности установило, что именно в группе подростков с шизотипическими расстройствами имелось максимальное количество значимых (при  $p < 0,05$ ) взаимосвязей (29) в сравнении с двумя контрольными группами (7 и 9 соответственно). Этот результат был вполне ожидаем, так как таких подростков отличала ригидность и незрелость защит, не позволяющие им эффективно справляться с вы-



сокой тревожностью. Собственно характер выявленных значимых (при  $p < 0,05$ ) взаимосвязей в трех изученных группах указывал на то, что регрессия и проекция имели наибольшее количество связей с различными аспектами проявлений тревожности в группе подростков с шизотипическим расстройством (6 и 7 соответственно). Также имелось наибольшее количество взаимосвязей и в других группах – проекция (3 из 7) в группе шизоидов, регрессия (5 из 9) в группе социально-адаптированных подростков с другими складами характера. При этом проекция использовалась в основной группе значимо (при  $p < 0,05$ ) меньше, чем в обеих группах нормы. Кроме того, можно говорить о неэффективности в плане регуляции уровня тревоги таких психологических защит, как отрицание, вытеснение и интеллектуализация (отсутствие значимых взаимосвязей). С психологическими защитами наибольшее количество значимых положительных связей имели: у подростков с шизотипическими расстройствами – тревога в отношениях с учителями и в ситуациях самовыражения, а также снижение психической активности обусловленное тревогой, в то время как в группе преимущественно шизоидных подростков – тревога в отношениях со сверстниками.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, можно говорить о том, что именно высокая тревожность вследствие неэффективности использования психологических защит участвовала в социальной дезадаптации, которая отличала подростков с шизотипическими расстройствами от социально-адаптированных вне зависимости от их характерологических особенностей. В качестве мишеней для психокоррекции по результатам исследования особое внимание следует обращать на выраженность у подростков с шизотипическим расстройством такой формы психологической защиты, как реактивное образование. Особо следует обращать внимание на тревогу в отношениях с учителями и в ситуациях самовыражения в связи с высокой вероятностью возникновения регрессивных тенденций в поведении. При этом в качестве ресурса адаптации можно опираться на низкую тревожность в отношениях с родителями, характеризующую уровень доверия в отношениях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Борисова, Д. Ю.* Особенности социальной адаптации подростков с шизоидным расстройством личности по данным катамнеза / Д. Ю. Борисова // Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107. – № 6. – С. 26–30.

2. *Вассерман, Л. И.* Психологическая диагностика индекса жизненного стиля : пособие для психологов и врачей / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова. – СПб. : СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 50 с.

3. *Грановская, Р. М.* Психологическая защита у детей / Р. М. Грановская, И. М. Никольская. – СПб. : Речь, 2006. – 507 с.

4. *Личко, А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – СПб. : Речь, 2010. – 256 с.

5. *Ромицына, Е. Е.* Методика «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) : учеб.-метод. пособие / Е. Е. Ромицына. – СПб. : Речь, 2006. – 112 с.

6. *Смулевич, А. Б.* Расстройства личности / А. Б. Смулевич. – М. : Мед. информ. аг-во, 2007. – 189 с.

7. *Фэйрберн, Р.* Шизоидные факторы в личности / Р. Фэйрберн // Журн. практ. психологии и психоанализа. – 2006. – № 1 // URL : <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20060102>.

## РЕЗЮМЕ

*Е. Е. Малкова*

**Особенности психологических защит и их связь с тревогой у подростков с шизотипическим расстройством**

Рассмотрены особенности психологических защит и их взаимосвязь с тревогой у подростков с шизотипическим расстройством в сравнении с группами социально-адаптированных подростков с преимущественно шизоидным складом характера и подростков, в структуре личности которых шизоидный радикал не был выражен. У подростков с шизотипическими расстройствами наблюдалось отсутствие эффективности использования психологических защит. Показатели тревожности были крайне высоки вне зависимости от причины, их вызвавшей. Исключение составляло лишь отсутствие тревоги в отношениях со значимыми близкими (родителями), которые могут рассматриваться в качестве резерва адаптации в процессе психокоррекции.

**Ключевые слова:** подростки, тревога, психологические защиты, шизотипические расстройства.

## SUMMARY

*E. E. Malkova*

**Features of psychological defense types and their relationship with anxiety in adolescents with schizotypal disorder**

The article treats the features of psychological defenses in connection with anxiety in adolescents with schizotypal disorder, in comparison with the groups of socially-adapted young people with predominantly schizoid nature, and the adolescents, in whom schizoid radical was not expressed. In adolescents with schizotypal disorders there was a lack in psychological defenses efficiency. Indicators of anxiety were extremely high, regardless of the reason that caused them. The only exception was the absence of anxiety in communication with parents, which may be regarded as a reserve adaptation in the process of psycho-correction.

**Key words:** adolescents, anxiety, psychological defenses, schizotypal disorder.

© М. Е. Мельников, О. С. Шубина, 2011 г.  
УДК 616.89-008.441.33:616.89-008.447)-07

**М. Е. Мельников, О. С. Шубина**

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ У НАРКОЗАВИСИМЫХ: ВОЗМОЖНЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПОДХОД К ИЗМЕРЕНИЮ ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКА ИЖС

Научно-исследовательский институт молекулярной биологии и биофизики СОРАМН, г. Новосибирск

### ВВЕДЕНИЕ

Механизмы психологической защиты играют принципиальную роль в формировании и развитии аддиктивных расстройств, существенно модифицируют их клинику и оказывают серьезное влияние на процесс реабилитации [1–3, 5]. Различные варианты защит при болезнях зависимостей развиваются неравномерно: доминируют и постоянно находятся в напряженном состоянии архаичные, примитивные защиты, а зрелые механизмы остаются несформированными и не могут обеспечить «эго» полноценной защитой [4]. Относительная фрустрационная толерантность может достигаться лишь за счет иллюзорного восприятия себя, окружающих и отношений с ними. В ходе употребления психоактивных веществ у зависимого формируются диссоциированные от здоровой личности психические структуры: сначала «архив» [1], позже – идентичность, наконец – личность [3]. Защитные функции при этом «берет на себя» само вещество (например, алкогольная амнезия, соединяющая в себе отрицание и диссоциацию и усиливающая возможности вытеснения и рационализации) [1, 5]. Химически зависимый пациент под действием препарата оказывается «не-

уязвимым», недостижимым для неприятных переживаний, а, будучи трезвым, попадает под «перекрестный огонь» фрустраций [1–4].

Работа примитивных защит определяет поведение химически зависимых лиц в реабилитации. Так, «проблематичны» любые виды «инсайт-ориентированной» терапии [4]. Зачастую доминирование того или иного защитного механизма является решающим фактором в формировании внутренней картины болезни [5]. Так, выраженное отрицание предопределяет анозогнозический тип, проекция – паранойяльный, соматизация – ипохондрический, а гиперкомпенсация – эргопатический. Вышеперечисленными соображениями определяется высокая практическая значимость исследования механизмов психологических защит при химической зависимости и совершенствования соответствующих психодиагностических методик.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 69 (1 группа – 55 мужчин, 2 группа – 14 женщин) наркозависимых (преимущественно «полинаркоманы» и зависимые от героина) – резиденты Центра социальной адаптации «Омега», прекратившие прием наркотика не позднее чем за неделю до тестирования. Группу сравнения составили 23 (3 группа – 12 мужчин, 4 группа – 11 женщин) условно здоровых добровольца. Все 4 группы были рандомизированы по возрасту. Сбор данных проводился в 2009–2011 гг. Для оценки состояния психологических защит у испытуемых был использован опросник «Индекс жизненного стиля (ИЖС)» [5]. Данные подвергались математико-статистической обработке в пакете IBM SPSS 11.0.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При попарном сравнении четырех групп были получены различия, связанные с фактором наркозависимос-

**Предлагаемые нормативные показатели теста ИЖС для наркозависимых мужчин вне состояния наркотического опьянения**

Шкала ИЖС	m±	Перевод сырых баллов (выше) в процентилях (ниже)													
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Отрицание	4,56± 2,51	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
		5	13	22	35	47	67	78	87	91	98	100			
Вытеснение	4,78± 2,38	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
		0	5	15	40	51	60	78	86	93	95	100			
Регрессия	6,38± 2,97	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		0	5	9	15	31	44	51	64	76	86	89	93	100	
Компенсация	3,87± 2,4	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
		2	18	33	55	67	73	76	91	98	100				
Проекция	8,95± 2,64	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		0	0	0	2	5	15	20	31	42	49	66	80	96	100
Замещение	4,71± 2,41	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
		4	7	18	35	51	64	75	84	95	98	100			
Интеллекту-ализация	6,05± 2,02	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
		0	0	2	11	24	44	55	78	89	95	98	100		
Реактивное образование	3,07± 1,73	0	1	2	3	4	5	6	7						
		2	18	46	66	78	86	98	100						

ти. Так, мужчины, больные наркоманией, по сравнению с условно здоровыми характеризовались более высокими показателями по шкалам регрессии ( $6,4 \pm 3$  и  $4,3 \pm 2$  соответственно,  $p < 0,05$ ), замещения ( $4,7 \pm 2,4$  и  $3,3 \pm 2$  соответственно,  $p < 0,05$ ), проекции ( $8,9 \pm 2,6$  и  $5,9 \pm 3,3$  соответственно,  $p < 0,01$ ) и реактивного образования ( $3,1 \pm 1,7$  и  $1,6 \pm 1$  соответственно,  $p < 0,01$ ). Химически зависимые женщины продемонстрировали повышенные по сравнению с группой сравнения баллы по шкалам замещения ( $6,2 \pm 2,5$  и  $4 \pm 1,5$  соответственно,  $p < 0,05$ ) и проекции ( $8,4 \pm 2$  и  $6,1 \pm 2$  соответственно,  $p < 0,01$ ). Приближалось к статистически достоверному и повышение по шкале регрессии ( $8,8 \pm 2,3$  и  $6,7 \pm 2,6$  соответственно,  $p < 0,06$ ). Были выявлены и некоторые существенные особенности, связанные с полом испытуемых, однако их обсуждение выходит за рамки данной работы.

Полученные различия весьма показательны в плане влияния на терапевтическую динамику. Так, напряжение защит по типу регрессии и проекции приводит к тому, что пациент пассивно ожидает «излечения» и стремится максимально делегировать ответственность за собственное выздоровление. Сила проективных и заместительных тенденций определяет дефицит осознания проблемных мест в собственной личности и источников хронического стресса. Напряженность защиты реактивным образованием может указывать на актуальность детских конфликтов с родителями. Важным показателем является соотношение подавления и интеллектуализации (зрелых механизмов) [6] с остальными защитами. Так, профиль ИЖС с высокими баллами по шкалам интеллектуализации и подавления и низкими по шкалам отрицания, проекции и регрессии является наиболее благоприятным. Обратная картина отражает выраженность типичных для химически зависимых пациентов изменений в системе защит.

Значимые отличия результатов четырех исследованных групп предполагают возможность стандартизации теста с учетом пола и клинической группы. Целесообразность этого объясняется тем, что тестирование зачастую проводится с целью выявить характерные отличия конкретного пациента (при том что характеристики клинической группы в целом диагностику известны).

Численность испытуемых, задействованных в данном исследовании, позволяет предложить нормативные данные только для наркозависимых мужчин (таблица). В таблице приведена стандартизация результатов по среднему арифметическому и стандартному отклонению (при предположении о псевдометрическом уровне переменных), а также в процентах.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования обнаружена специфика системы психологических защит у наркозависимых. Она выражается в повышенной напряженности защит по ти-

пам регрессии, замещения и проекции. Кроме того, существуют и особенности, связанные с полом. Химически зависимые мужчины по сравнению со здоровыми регрессируют сильнее, чем женщины. Усиление в группе наркозависимых защит по типу реактивного образования обнаруживается только у мужчин. Выявленные отличия объясняют недостаток осознанности и вовлеченности, пассивность наркозависимых в процессе реабилитации. На основании данных исследования предложены нормы для наркозависимых мужчин (Т.1), существенно отличающиеся от стандартных показателей для здоровых людей [5].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан, Н. А. Диссоциативная парадигма в наркологии / Н. А. Бохан, А. А. Овчинников. – Томск : Иван Фёдоров, 2009. – 202 с.
2. Короленко, Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск : Олсиб, 2001. – 262 с.
3. Короленко, Ц. П. Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева, Е. Н. Загоруйко. – Новосибирск : НГПУ, 2007. – 468 с.
4. Психоаналитические концепции наркозависимости. – Ижевск : Удмурт. ун-т, 2004. – 474 с.
5. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля : пособие для психологов и врачей. – СПб. : НИИ Психоневролог. ин-т им. Бехтерева, 2005. – 48 с.
6. Туник, Е. Е. Психологические защиты : тестовая методика / Е. Е. Туник. – СПб. : Речь, 2010. – 219 с.

## РЕЗЮМЕ

*М. Е. Мельников, О. С. Шубина*

**Психологические защиты у наркозависимых: возможные поведенческие проявления и подход к измерению при помощи опросника ИЖС**

Оцениваются различия в напряженности различных психологических защит у наркозависимых и условно здоровых людей. Рассматривается роль защитных механизмов в различных аспектах формирования аддиктивного поведения и их влияние на успех реабилитационных мероприятий. Для наркозависимых в связи с их спецификой как клинической группы предлагается адаптация норм опросника ИЖС.

**Ключевые слова:** механизмы психологической защиты, химическая аддикция, психологическое тестирование.

## SUMMARY

*M. E. Melnikov, O. S. Shubina*

**Mechanisms of psychological defense in substance abusers: possible behavioral markers and approach to measurement using LSI questionnaire**

The paper deals with evaluation of differences in tension of various mechanisms of psychological defense in the drug abusers and healthy people. The role of mechanisms of psychological defense in addictive behavior shaping and their influence on rehabilitation outcome are discussed. Adaptation of the LSI questionnaire norms for drug abusers as a special clinical sample is proposed.

**Key words:** mechanisms of psychological defense, drug addiction, psychological assessment.

© Ю. М. Миланич, 2011 г.  
УДК 613.952:362.172/177

**Ю. М. Миланич**

## РАБОТА КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА С МАТЕРЯМИ НА ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина, Санкт-Петербург

### ВВЕДЕНИЕ

В современной психологии рождение ребенка с патологией описывается как стрессовая ситуация, которая вызывает существенное напряжение адаптационных ресурсов родителей и проживается как жизненный кризис [1–3]. От успешности родительской адаптации будет зависеть психологическое благополучие ребенка, обеспечение максимально возможного развития и интеграция в общество. Это определяет необходимость оказания родителям психологической помощи.

Цель исследования – представить опыт работы клинического психолога, реализуемой в рамках проекта «Социально-психологическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями» Комитета по социальной защите населения Ленинградской области. Проект направлен на оказание социально-психологической помощи семьям детей с ограниченными возможностями здоровья в повышении уровня адаптивности на информационном, социальном и психологическом уровнях.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Первичная психологическая помощь матерям осуществлялась на базе отделения патологии новорожденных Ленинградского областного учреждения здравоохранения «Детская клиническая больница», куда поступают дети из родовспомогательных учреждений Ленинградской области с патологией ЦНС, недоношенные и с критической массой тела, с врожденными пороками развития, хромосомными аномалиями, легочной патологией. Программу психологической помощи прошли 53 матери, которые пребывали на отделении вместе с детьми. Средний возраст –  $27,1 \pm 5,1$  года. 86% матерей состояли в браке. Из них 42% имели высшее образование, 58% – среднее. Новорожденные были первенцами для 65% матерей, вторыми детьми – для 25% и третьими – для 10%. У 83% рожениц старшие дети были здоровы, у 17% женщин были недоношенными и/или наблюдались у невропатолога с диагнозом «перинатальная энцефалопатия».

Оценка эффективности программы психологической помощи проводилась на основании данных опросника «Самочувствие, активность, настроение» (САН), статистически обработанных с помощью критерия  $\phi^*$  – углового преобразования Фишера.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В программе было выделено три звена психологической помощи: психодиагностика, психологическое консультирование и краткосрочная психокоррекция.

В процессе психодиагностики оценивались параметры контакта матери с ребенком, ее психическое состояние, особенности личности, социальные и психологические характеристики семьи. Также выделялись специфические особенности реагирования матерей на жизненную ситуацию, которые зависели от двух факторов.

Первый фактор – характер восприятия ребенка и жизненной ситуации в целом. Матери с преобладанием позитивного восприятия были склонны переключать внимание на то, что приносило положительные эмоции: внешность, вокализации, движения ребенка, собственные ощущения при кормлении, позитивные изменения в состоянии, надежды на лечение, общение с близкими и роженицами. При негативном восприятии наблюдались трудности формирования позитивного образа ребенка: нечувствительность к сигналам, фиксация на проблемах. У таких женщин доминировали переживания растерянности, огорчения, чувство вины и неполноценности, страх обвинения со стороны близких, гнев.

Второй фактор – степень активности в преодолении трудностей жизненной ситуации. К активным стратегиям были отнесены инициативность в контактах со специалистами, готовность повышать свою компетентность в вопросах лечения и развития ребенка, ориентация на поддержку близких, а также конфликтное поведение, требования пересмотра диагноза и усиления объема медицинской помощи, поиск виновных, привлечение близких как соратников в борьбе. К пассивным стратегиям были отнесены частичное восприятие медицинской информации, отрицание плохих прогнозов, ориентация на разуверения в тяжести диагноза, отсутствие особой заинтересованности в контактах со специалистами, слабая ориентация на поддержку близких, попытки скрывать от них диагноз.

Сочетание разных характеристик двух факторов позволило выделить 4 типа реагирования на патологию ребенка и, соответственно, 4 подгруппы матерей: 1) позитивно-активный тип – 12%; 2) позитивно-пассивный тип – 34%; 3) негативно-пассивный тип – 17%; 4) негативно-активный тип – 26%.

Психологическое консультирование проводилось с женщинами всех подгрупп, основывалось на данных психодиагностики и предполагало информирование об особенностях психического развития ребенка при данной патологии, выработку стратегий преодоления жизненных трудностей, связанных с уходом и воспитанием ребенка.

Краткосрочная психокоррекция была проведена женщинам второй, третьей и четвертой подгрупп. Ее основными задачами были улучшение настроения, формирование позитивного восприятия ребенка и жизненной ситуации в целом, развитие конструктивной активности в преодолении трудностей, связанных с патологией но-

ворожденного. Работа осуществлялась дифференцированно: делался акцент на тех или иных направлениях коррекции с учетом результатов психодиагностики и оценки типа реагирования. Выделялись следующие направления: 1) формирование навыков эмоционального общения с новорожденным; 2) создание позитивного образа ребенка у самой женщины и близких; 3) снижение интенсивности негативных переживаний; 4) знакомство с успешным опытом похожих семей в целях избавления от ощущения беспомощности и исключительности жизненной ситуации; 5) помощь в осознании защитного характера пассивности, конфронтации с близкими и специалистами, последствий такого поведения для благополучия ребенка и семьи; 6) совместный анализ ситуации, четкое разделение тех обстоятельств, которые можно изменить, и тех, которые неразрешимы в настоящее время; 7) ориентация на поиск и принятие поддержки; помощь в преодолении страха обвинения со стороны близких и общества.

Результаты опросника «Самочувствие, активность, настроение» (САН): в подгруппе женщин с негативно-активным типом реагирования не отмечено значимых изменений всех трех показателей САН, что может указывать на неэффективность предложенной программы для данной категории матерей. Положительная динамика обнаружена во второй и третьей подгруппах. У женщин с негативно-пассивным типом реагирования отмечалось улучшение показателя категории «настроение» с 3,8 до 4,4 балла ( $p < 0,05$ ). Они оценивали себя как более жизнерадостных, оптимистичных и менее разочарованных. Показатель категории «активность» в двух группах не изменился, но это было связано с повышением показателей одних шкал и понижением других. Женщины с позитивно-пассивным типом реагирования дали более высокие оценки в шкалах: «бездеятельный – деятельный» (с 4,1 до 5,2 балла при  $p < 0,01$ ), «безучастный – увлеченный» (с 4,8 до 5,4 балла при  $p < 0,05$ ) и более низкие в шкалах «желание отдохнуть – желание работать» (с 3,2 до 2,1 балла при  $p < 0,01$ ), «сонливый – возбужденный» (с 3,6 до 3,1 балла при  $p < 0,05$ ). В подгруппе с негативно-пассивным типом реагирования улучшился показатель пары «безучастный – увлеченный» (с 4,5 до 5,2 балла при  $p < 0,05$ ) и ухудшился показатель пары «рассеянный – внимательный» (с 4,1 до 3,6 балла при  $p < 0,05$ ). Полученные результаты мы интерпретируем как усиление конструктивной активности на фоне типичного для матери новорожденного утомления. Показатель категории «самочувствие» оказался стабильным во второй и третьей подгруппах.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Специально разработанная программа психологической помощи матерям новорожденных с патологией наружила эффективность у большей части женщин, включенных в исследование. У всех женщин с положительными результатами улучшилось настроение и восприятие ситуации. Астения, обусловленная родами, препятствовала повышению активности. Исключение составили женщины с негативно-активным типом реагирования на новорожденных с патологией, что требует дальнейшего исследования и разработки дополнительных вмешательств.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Краузе, М. П. Дети с нарушениями развития. Психологическая помощь родителям / М. П. Краузе. – М., 2006. – 208 с.
2. Селигман, М. Обычные семьи, особые дети / М. Селигман, Р. Б. Дарлинг. – М., 2009. – 368 с.
3. Skotko, B. Postnatal Support for Mothers of Children with Down Syndrome / B. Skotko, R. C Bedia // Mental Retardation. – 2005. – Vol. 43. – № 3. – P. 196–212.

## РЕЗЮМЕ

Ю. М. Миланич

**Работа клинического психолога с матерями на отделении патологии новорожденных**

Рождение ребенка с патологией является серьезной стрессовой ситуацией для родителей, что требует психологической помощи. Цель данного сообщения – описать опыт работы клинического психолога с матерями новорожденных с патологией. Представлены три звена психологической помощи: психодиагностика, психологическое консультирование и краткосрочная психокоррекция. Консультирование и коррекция осуществляются дифференцированно с учетом личностных характеристик и типов реагирования матерей на трудную жизненную ситуацию.

**Ключевые слова:** патология новорожденных, психологическая помощь, психодиагностика, психологическое консультирование, психокоррекция.

## SUMMARY

Yu. M. Milanich

**Clinical psychologist work experience with mothers in the department of pathology for newborns**

The birth of a child with a pathology is a serious stress for the parents and they need psychological aid. The paper presents a clinical psychologist work experience with mothers of newborns with a pathology. Three parts of psychological aid are presented: psychodiagnostics, psychological consultations, and short-term psychocorrection. At the choice of the type consultations and correction it is important to take into account the mother's personality characteristics and the types of her reactions to difficult life situation.

**Key words:** pathology in newborns, psychological aid, psychodiagnostics, psychological consultation, psychocorrection.

© В. Я. Палаткин, 2011 г.  
УДК 616.89-008.441.33-08

**В. Я. Палаткин**

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ФОРМЫ НАТРЕКСОНА И ГУАНФАЦИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Институт фармакологии имени А. В. Вальдмана

### ВВЕДЕНИЕ

Блокатор опиатных рецепторов налтрексон является эффективным средством стабилизации ремиссий у больных опиийной наркоманией. Использование налтрексона для фармакотерапии опиатной зависимости обосновано механизмом его действия: он селективно конкурирует за опиоидные рецепторы и предотвращает получение подкрепления от длительного приема опиатов [1]. Однако налтрексон не обладает психотропным действием и не влияет на уровень тревоги и ангедонии у этих больных в период ремиссии [2]. Альфа-адреномиметики способны снижать выраженность этих симптомов и, в силу этого, возможно, могут повысить комплаенс и эффективность лечения опиийной наркомании налтрексоном. Гуанфацин – препарат, относящийся к группе агонистов альфа<sub>2</sub>-адренорецепторов центрального действия, сходный по механизму действия с клонидином и лофексидином, одобренными для лечения опиатного абстинентного синдрома в США и Великобритании. Основным преимуществом этого препарата перед клонидином является его меньшая способность вызывать гипотензию и седацию. Использование гуанфацина позволит уменьшить чувствительность к стрессорным факторам, в том числе провоцирующим обострение тяги к наркотикам, и может снизить частоту рецидивов при комбинированном лечении героиновой наркомании налтрексоном и гуанфацином.

Предпосылками к проведению данного исследования послужило проведенное в США пилотное исследование по изучению безопасности и эффективности использования лофексидина – препарата, аналогичного действию гуанфацина, в сочетании с налтрексоном для купирования постабстинентного синдрома и стабилизации ремиссий у больных опиийной наркоманией. В группе пациентов, получавших комбинацию налтрексона и лофексидина, частота ремиссий была значимо выше по сравнению с группой пациентов, получавших налтрексон и плацебо лофексидина. Также в группе пациентов, получавших комбинацию налтрексона и лофексидина, отмечалась меньшая тяга к наркотику, был выше уровень приверженности лечению и меньше восприимчивость к стрессам [3].

Цель исследования – оценка эффективности и безопасности налтрексона в сочетании с гуанфацином при лечении пациентов с диагнозом «синдром зависимости от опиатов».

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 244 больных опиийной наркоманией после прохождения детоксикации, соответствующие критериям включения. После подписания информированного согласия и проведения налоксонового теста они были рандомизированы в 4 исследуемые группы. Больным 1-й группы (61 чел.) назначали 6-месячный курс таблеток налтрексона (Н) 50 мг/сут. и гуанфацина (Г) 1 мг/сут., больным 2-й группы (62 чел.) – Н+Г-плацебо (ГП), 3-й (60 чел.) – Н-плацебо (НП)+Г и 4-й (61 чел.) – НП+ГП. Пациенты всех исследуемых групп 1 раз в 2 недели проходили сеанс индивидуального консультирования. Консультирование состояло из двух компонентов: 1) психосоциальная поддержка и клиническое ведение пациента; 2) усиление комплаенса, подчеркивание важности приема препаратов.

Исследование проводили двойным слепым методом с двойной маскировкой. Контроль ремиссий осуществляли с помощью экспресс-тестов на наркотики в моче. Контроль комплаенса проводили с помощью определения рибофлавинового маркера в моче. Для повышения комплаенса в проекте участвовал, по крайней мере, один из родственников испытуемого, проживающий вместе с ним и контролировавший прием препаратов. Оценку клинического состояния, психического статуса и социального функционирования осуществляли с помощью квантифицированных международных шкал и тестов. Эффективность проводимой терапии оценивалась по длительности удержания в программе лечения (т. е. нахождению в ремиссии), по баллу эффективности терапии (рассчитывается как сумма опиат-позитивных анализов мочи и пропущенных визитов), по выраженности тяги к употреблению опиатов и психиатрической симптоматики. Пациенты исключались из исследования при пропуске двух и более визитов, а также при рецидиве опиийной наркомании. Статистический анализ данных проводился с использованием алгоритмов дисперсионного анализа (ANOVA) для многократно оцениваемых (континуальных) переменных, t-теста или  $\chi^2$  для категориальных переменных, теста Тьюки для проведения post hoc-сравнений между группами, анализа выживаемости Каплана–Мейера для оценки общей достоверности различий в ремиссиях между группами налтрексона и плацебо. Различия рассматривались как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациентов, находящихся в программе, составил 27,6 (19–38) года. Доля женщин в проекте составила 18,9%, мужчин – 81,1%. У 95,9% участников был выявлен хронический вирусный гепатит С, у 49,2% – ВИЧ-инфекция. Анализ выживаемости показал, что сред-

няя длительность нахождения пациентов в ремиссии по группам составляет (Средняя (ДИ)): Н/Г – 14,1 (10,8–17,3) недели; Н/ГП – 17,5 (13,8–21,1) недели; НП/Г – 6,5 (4,7–8,2) недели и НП/ГП – 10,9 (8,2–13,7) недели. Статистически значимые различия ( $p < 0,01$ ) наблюдались между группами Н/Г и НП/Г ( $p < 0,008$ ); Н/ГП и НП/Г ( $p < 0,0001$ ); Н/ГП и НП/ГП ( $p < 0,012$ ). Значимых отличий между группами Н/Г и Н/ГП выявлено не было. Частота побочных эффектов среди участников была невелика (10,7%), наиболее часто пациенты жаловались на бессонницу (1,6–5,1%) и головную боль (1,7–6,6%).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Налтрексон проявил себя как эффективное средство стабилизации ремиссии и профилактики рецидивов опиоидной наркомании. Комбинация налтрексона и гуанфацина достаточно хорошо переносилась и сравнима по эффективности с монотерапией налтрексоном.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Kleber, H. D. Pharmacologic treatments for opioid dependence : detoxification and maintenance options / H. D. Kleber // *Dialogs in Clinical Neurosciences*. – 2007. – № 9. – P. 455–470.
2. Krupitsky, E. M. The syndrome of anhedonia in recently detoxified heroin addicts : Assessment and treatment / E. M. Krupitsky [et al] // *Abstracts of the International Meeting «Building International Research on Drug Abuse : Global Focus on Youth»*. – Scottsdale, AZ : NIDA, 1998. – P. 15.
3. Sinha, R. Effects of lofexidine on stress-induced and cue-induced opioid craving and opioid abstinence rates : preliminary findings / R. Sinha [et al] // *Psychopharmacology*. – 2007. – № 190. – P. 569–574.

## РЕЗЮМЕ

В. Я. Палаткин

## Исследование приверженности терапии при применении пероральной формы налтрексона и гуанфацина для лечения опиоидной наркомании

Цель исследования – оценка эффективности и безопасности налтрексона в сочетании с альфа-адреномиметиком гуанфацином при лечении пациентов с диагнозом «синдром зависимости от опиатов». 244 больных опиоидной наркоманией были рандомизированы в 4 исследуемые группы: 1-я группа (61 чел) получала налтрексон (Н) 50 мг/сут. и гуанфацин (Г) 1 мг/сут., 2-я (62 чел.) – налтрексон и гуанфацин-плацебо (Н/ГП), 3-я (60 чел.) – налтрексон-плацебо и гуанфацин (НП/Г) и 4-я (61 чел.) – НП/ГП. Анализ выживаемости показал, что средняя длительность нахождения пациентов в ремиссии по группам составляет 14,1 недели; Н/ГП – 17,5 недели; НП/Г – 6,5 недели и НП/ГП 10,9 недели. Комбинация налтрексона и гуанфацина хорошо переносилась, но сравнима по эффективности с монотерапией налтрексоном.

**Ключевые слова:** налтрексон, гуанфацин, опиаты, зависимость, ремиссия.

## SUMMARY

V. Ya. Palatkin

## Adherence to naltrexone and guanfacine in the course of heroin dependence management

The objective of this research was to evaluate the safety and tolerability of guanfacine in combination with naltrexone treatment in opioid dependent individuals. 244 heroin addicts were randomized into four treatment groups: 1) Naltrexone (N) 50 mg/day + Guanfacine (G) 1 mg/day (N+G) (n=61); 2) Naltrexone (50 mg/day) + Guanfacine placebo (N+PG) (n=62); 3) Naltrexone placebo + Guanfacine (1 mg/day) (PN+G) (n=60), and 4) double placebo (PN+PG) (n=61). The survival rate analysis has shown that the average duration of the remission period in the groups was: N/G – 14.1 weeks; N/GP – 17.5 weeks; NP/G – 6.5 weeks and NP/GP 10.9 weeks. The efficacy of combination of naltrexone and guanfacine is comparable with that of naltrexone alone.

**Key words:** naltrexon, guanfacin, opiates, dependence, remission.

© Н. А. Панина, 2011 г.  
УДК 614.23/.25-001]:370/371

Н. А. Панина

## ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ О ВОСПИТАНИИ У КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

## ВВЕДЕНИЕ

В течение нескольких лет в СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова в программу подготовки клинических ординаторов был включен курс педагогики и психологии, ориентированный на основы психолого-педагогической работы с больными и их социальным окружением. Эффективность обучения определялась по качеству выпол-

нения курсовых работ, которые представляли психолого-педагогическую разработку занятия с младшим медицинским персоналом. Анализ курсовых работ показал, что в большинстве проектов отсутствовали «воспитательные задачи», либо они были сформулированы педагогически неграмотно. Образование считается целостным лишь в том случае, если обучение сочетается с воспитанием. Поэтому было проведено исследование, ориентированное на изучение усвоения понятий «воспитание» и «воспитательная работа» для последующей корректировки программы и процесса обучения клинических ординаторов.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленной задачи исследовались отобранные методом случайной выборки письменные работы в форме тезауруса 50-ти клинических ординаторов из 204 обучавшихся. Возраст учащихся составил 26–27 лет, из них 78% – лица женского пола. Анализирова-

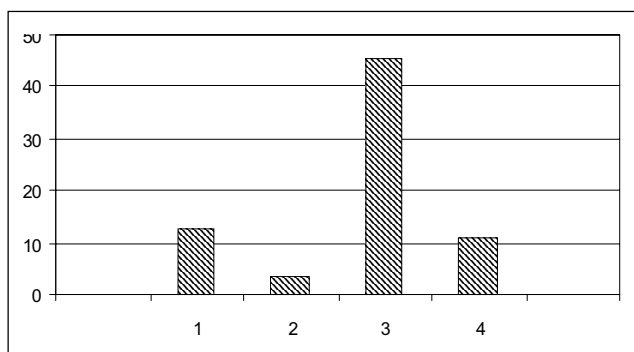


Рис. 1. Усредненные показатели результата анализа раскрытия понятия «воспитание» клиническими ординаторами в первичном контроле знаний. По оси абсцисс составляющие понятия «воспитание»: 1 – формирование определенных качеств (личностных); 2 – формирование отношений к человеку и разным объектам труда; 3 – формирование нормативного поведения (в том числе, профессионального); 4 – передача исторического и культурного опыта от поколения к поколению. По оси ординат – количество правильных ответов, %

лись работы 2009–2010 учебного года. Каждый учащийся выполнил две работы: первичный и итоговый контроль знаний. Таким образом, был проведен анализ 100 работ.

Первичный контроль проводился на первом занятии курса педагогики для определения базовых знаний и общей эрудиции по педагогике. Клиническим ординаторам предлагалось раскрыть 10 понятий, отражающих педагогические категории. В список предложенных понятий входила одна из важнейших категорий – «воспитание». Для установления средней раскрываемости каждого понятия брали за основу его определение и «разбивали» на составляющие. Суммарное количество составляющих данного понятия принималось за 100%.

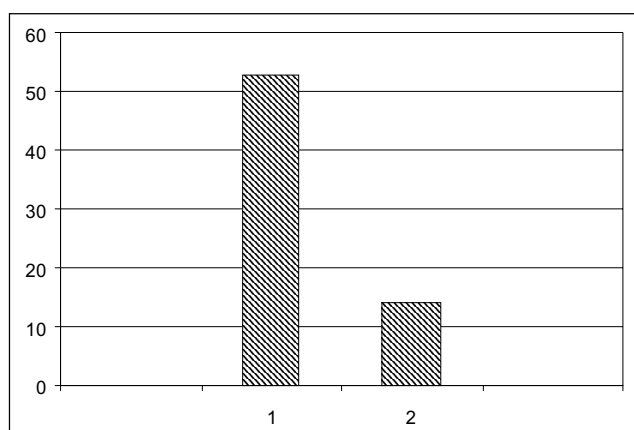


Рис. 2. Усредненные показатели результата анализа раскрытия понятия «воспитательная работа» клиническими ординаторами во вторичном (итоговом) контроле знаний. По оси абсцисс – составляющие понятия «воспитательная работа»: 1 – процесс формирования качеств личности; 2 – воздействия различных социально направленных мероприятий, реализуемых в той или иной организации. По оси ординат – количество правильных ответов, %

Каждая составляющая подразделялась по смыслу и наличию «ключевых слов».

В настоящее время, несмотря на многообразие научных теорий и подходов, в педагогике нет единства взглядов в определении одной из основных ее категорий – «воспитание». Но есть общая часть этих понятий, которая и была положена в основу данного исследования: это формирование определенных качеств (личностных); формирование отношений к человеку и разным объектам труда; формирование нормативного поведения (в том числе профессионального); передача исторического и культурного опыта от поколения к поколению.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования было выявлено, что средняя раскрываемость педагогической категории «воспитание» в работах первичного контроля уровня знаний у клинических ординаторов составила 12,1%. Для выяснения, какой из составляющих отдавалось предпочтение в ответах, была проведена следующая работа. Ответ каждого клинического ординатора «разбивался» на составляющие исследуемого понятия, при этом работы, в которых отсутствовали ответы, из анализа не исключались. На 50 работ пришлось 55 фрагментов ответов по анализируемым составляющим. Из них 3 «нулевые» и 12 ответов, которые совсем не раскрыли суть понятия.

В работах первичного контроля уровня знаний большая часть клинических ординаторов (48,1%) связывали «воспитание» с нормативным поведением или с третьей составляющей данного понятия (рис. 1). Формирование «определенных качеств» и «передача исторического опыта от поколения к поколению» указали меньшее число (соответственно 12,7 и 10,9%). Работы, где отсутствовали ответы, составили 5,5%. Таким образом, был выявлен низкий уровень знаний по педагогической категории «воспитание». Кроме того, это указывает на то, что этому разделу в образовательных программах и в процессе обучения уделялось недостаточное внимание. Такие пробелы образуются постепенно и на всех этапах обучения. Воспитание – непрерывный, долговременный процесс. Его результаты не следуют непосредственно за воспитательным воздействием, а носят отсроченный характер [1].

В работах вторичного (итогового) контроля уровня знаний использовалось более прикладное понятие «воспитательная работа». В этом понятии было выделено две составляющие: процесс формирования качеств личности и воздействие различных социально направленных мероприятий, реализуемых в той или иной организации. Полное раскрытие этих составляющих в сумме давало 100%-е раскрытие понятия. Каждая составляющая подразделялась по смыслу и наличию «ключевых слов».

Анализ итоговых работ в форме тезауруса установил, что средняя раскрываемость понятия «воспитательная работа» у клинических ординаторов поднялась до



30,5%. Для выяснения, какая составляющая была лучше усвоена, был проведен следующий этап. Ответ каждого клинического ординатора «разбивался» на составляющие исследуемого понятия. Работы, в которых отсутствовали ответы, из анализа не исключались. На 50 работ пришлось 57 фрагментов ответов по анализируемым составляющим. Из них 2 «нулевые» и 17 ответов не раскрыли суть понятия.

В работах вторичного (итогового) контроля уровня знаний большая часть клинических ординаторов (52,6%) связывала «воспитательную работу» с процессом формирования качеств личности (рис. 2). Вторую составляющую этого понятия привели в 3,8 раза меньшее число учащихся. Кроме этого, ни в одной работе не было отражено, что воспитательная работа осуществляется не только в период дошкольного, школьного и студенческого развития, но и на других этапах развития и жизни человека. Не сказано было и о процессе самовоспитания.

Результаты исследования установили, что в процессе обучения значительная часть клинических ординаторов улучшили свою информированность о воспитании. Однако в их ответах продолжали доминировать представления о воспитании как способе формирования нормативного поведения и формирования свойств личности. Другие аспекты (социальные, исторические, система отношений) были усвоены хуже. С одной стороны, это определяет направление дальнейшего развития программы педагогики и обучения этой дисциплине. Но, с другой стороны, это свидетельствует о том, что на предшествующих этапах обучения эти составляющие воспитания не формировались так активно, как первые две.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинская деятельность, особенно лечебная, активно использует психолого-педагогические вмешательства, которые позволяют без увеличения медикаментозной нагрузки повысить эффективность лечения и продолжительность, качество жизни пациентов. Однако без обучения врачей навыкам воспитания добиться эффективности таких программ трудно. К сожалению, актуальным остается высказывание К. Д. Ушинского: «Искусство воспитания имеет ту особенность, что почти всем оно кажется делом знакомым и понятным, а иным даже делом легким – и тем понятнее и легче кажется оно, чем менее человек с ним знаком, теоретически или практически. Почти все признают, что воспитание требует терпения;

некоторые думают, что для него нужна врожденная способность и умение, т. е. навык; но весьма немногие пришли к убеждению, что кроме терпения, врожденной способности и навыка необходимы еще и специальные знания» [2]. Проведенное исследование выявило недостаточный уровень знаний о воспитании и установило, что наиболее плохо на всех этапах формирования молодых врачей усваиваются социальные, исторические аспекты воспитания и представление о воспитании как формировании системы отношений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Островский, Э. В.* Психология и педагогика : учеб. пособие / Э. В. Островский ; под ред. Э. В. Островского. – М. : Вузковский учебник, 2007. – 384 с.
2. *Бордовская, Н. В.* Педагога : учеб. пособие / Н. В. Бордовская, А. А. Реан. – СПб. : Питер, 2007. – 304 с. : ил. – (Учебное пособие).

## РЕЗЮМЕ

*Н. А. Панина*

**Исследование уровня знаний о воспитании у клинических ординаторов**

Проведено исследование базовых и итоговых знаний о воспитании у клинических ординаторов (n=50) в процессе обучения педагогике. Изучены 100 работ. Использовался анализ полноты и объема раскрытия понятия. Установлено, что базовый уровень знаний был низкий и преимущественно за счет слабых представлений о социальных, исторических аспектах воспитания и представления о воспитании как формировании системы отношений. В результате обучения уровень знаний был повышен, однако пробелы сохранялись в тех же областях. Сделано предположение, что именно эти аспекты имели наибольшие проблемы на предыдущих этапах обучения.

**Ключевые слова:** воспитание, клинические ординаторы, педагогика.

## SUMMARY

*N. A. Panina*

**Control of pedagogical knowledge level among medical residents**

Control of the initial and final level of knowledge of behaviour among medical residents taking the pedagogy course was conducted. 100 papers written by the medical residents were scrutinized. Attention was paid to completeness in disclosing the ideas. The base line of pedagogical knowledge was found to be quite low, mostly due to insufficient understanding of the fact that interrelation systems, as well as historical and social aspects of teaching play the key role in the field of behavioral influence. During the course of study the level of knowledge was raised, but the gaps remained in the same fields of study. The suggestion is that those are just the aspects missing on previous levels of education.

**Key words:** behavioral influencing, medical residents, pedagogy.

© Н. Н. Петрова, И. О. Смирнова, Н. Н. Кузьмич, 2011 г.  
УДК 616.5-06:616.891.7

**Н. Н. Петрова, И. О. Смирнова,  
Н. Н. Кузьмич**

## **АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета

### **ВВЕДЕНИЕ**

Несмотря на значительную частоту психических расстройств у пациентов с дерматозами, отсутствуют исследования, посвященные проблеме астенических расстройств в структуре кожной патологии.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В рамках данной работы проблема астении в дерматологии изучалась на примере 37 дерматологических больных психосоматического профиля, поступивших на лечение в кожные отделения ГУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» (ГорКВД) Санкт-Петербурга в стадии обострения заболевания, которые составили две группы сравнения. В первую вошли 24 больных псориазом (14 мужчин и 10 женщин). Среди обследованных больных преобладали лица зрелого и пожилого возраста – от 40 до 69 лет (65%). Во вторую группу вошли 13 больных экземой и атопическим дерматитом (среди них 9 человек – мужчины) сходного возраста. В исследование не включались пациенты с органическим поражением центральной нервной системы, эндогенными психическими заболеваниями, текущими соматическими и неврологическими заболеваниями в стадии обострения. Исследование носило комплексный характер с применением клинического и психометрического методов: шкалы количественной оценки выраженности астении ВАЩ, САН, MFI-20 и FAS-10; для оценки уровня тревожности и депрессии – шкалы Спилбергера и Гамильтона соответственно. Для оценки степени тяжести дерматологической патологии использовали индексы PASI, SCORAD, EASI. Статистическая обработка данных проводилась методами описательной статистики, анализа таблиц сопряженности (точный критерий Фишера) и корреляционного анализа (коэффициент корреляции Пирсона). Уровень статистической значимости принят равным 0,05. Формирование базы данных осуществлялось в программе Microsoft Excel 7.0. Обработка данных проводилась с использованием программы SPSS Statistics, версия 17.0.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Среди пациентов преобладали работающие лица (58,3% в первой и 69,2% во второй группе сравнения), осталь-

ные не работали по причине пенсионного возраста. Индекс PASI варьировал от 8,4 до 58,3 балла, у половины пациентов диагностирован псориаз тяжелой степени (индекс составил  $55,6 \pm 1,40$  балла), у трети больных – средней (индекс  $14,3 \pm 0,81$  балла). Во второй группе также доминировали пациенты со средней степенью тяжести заболевания (атопический дерматит по индексу SCORAD у 66,7% пациентов) и тяжелой формой (экзема по индексу EASI у всех пациентов). Сопутствующими заболеваниями страдали больше трети пациентов с псориазом (патология сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта – 34,8%). Во второй группе доминировали сопутствующие заболевания дыхательных путей аллергического характера (бронхиальная астма и аллергический ринит – 38,5%). Подавляющее число пациентов обеих групп указывали на связь обострения кожного заболевания с психотравмой, причем заметно чаще среди больных алергодерматозами: 66,7% пациентов с псориазом и 92,3% пациентов с атопическим дерматитом и экземой. Во второй группе сравнения преобладали пациенты с низким и средним уровнем тревоги (69,2%), а случаи выраженной тревоги не встречались, в отличие от пациентов с псориазом, среди которых высокий уровень тревоги был выявлен в 16,7% случаев. 75% в первой и 92,4% пациентов во второй группе сравнения имели клинически очерченные депрессивные расстройства. У пациентов с псориазом преобладали депрессивные расстройства легкой степени (58%), а у пациентов с атопическим дерматитом и экземой депрессия легкой и средней степени диагностировались одинаково часто (по 38% случаев). По результатам скрининга астенические жалобы имелись у 25% больных первой и заметно чаще у 46,2% второй группы. Исследование продемонстрировало различную чувствительность шкал для выявления астении. По данным шкалы FAS-10 астеническая симптоматика была установлена у 45,8% первой и 53,8% второй группы больных. Данные, полученные при обследовании с помощью шкалы MFI-20, примерно соответствовали таковым по FAS-10 (37,5 и 53,8% соответственно). У подавляющего числа обследованных пациентов (63,6% наблюдений) отмечалось наличие социального компонента астении, значительно страдала активность. Астения носила преимущественно смешанный (соматогенный и психогенный) характер ( $r=0,672$  и  $r=0,899$ ,  $p<0,05$  соответственно). Тяжесть и давность болезни, наличие сопутствующих психотравмирующих факторов способствовали возникновению астении, как правило, в рамках неврастения, расстройств адаптации или соматоформных расстройств.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, примерно половина пациентов с обострением дерматологической патологии психосоматического характера (псориаз, алергодерматозы) имели астенические расстройства, заметно ограничивающие их функционирование. Астения достоверно чаще наблюдалась у пациентов с экземой и атопическим дерматитом. Больные псориазом в большей степени были склонны

к психическим нарушениям невротического уровня тревожного круга, в то время как больные аллергодерматозами – депрессивного.

## РЕЗЮМЕ

*Н. Н. Петрова, И. О. Смирнова, Н. Н. Кузьмич*

**Астенические расстройства у дерматологических больных психосоматического профиля**

Представлен анализ частоты и особенностей астенических расстройств у дерматологических больных, госпитализированных в СПб ГУЗ ГорКВД. Показано, что у пациентов с дерматозами астения встречалась более чем в половине случаев, заметно чаще при аллергодерматозах. Выявлен смешанный характер астенических расстройств, в развитии которых принимали участие как соматогенные, так и психогенные факторы, причем роль последних при аллергодерматозах более значима. Астения диагностировалась, главным образом, в рамках неврастении, расстройств адаптации или соматоформных расстройств и существенно ограничивала возможности социального функционирования пациентов. Отме-

чена коморбидность астении, тревожных и депрессивных расстройств.

**Ключевые слова:** астения, психодерматология.

## SUMMARY

*N. N. Petrova, I. O. Smirnova, N. N. Kuzmich*

**Asthenia in dermatological psychosomatic patients**

The paper presents the analysis of frequency and characteristics of asthenic disorders in dermatological patients hospitalized in St. Petersburg dermatological clinic. The patients with dermatosis had asthenia in more than half of the cases and significantly more often in allergodermatosis. The authors have found a mixed nature of asthenic disorders provoked by development of somatic and psychological factors. The role of psychological factors in allergodermatoses was more significant. Asthenia was mainly diagnosed in neurasthenia, adjustment disorders or somatoform disorders and significantly limited the social functioning of the patients. Comorbidity of fatigue, anxiety and depressive disorders were noticed as well.

**Key words:** asthenia, psychodermatology.

© М. Л. Поспелова, 2011 г.  
УДК 616.89-008.454+616.891]-06:616.831

**М. Л. Поспелова**

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

### ВВЕДЕНИЕ

Анализ эпидемиологических данных свидетельствует о значительном росте распространенности тревожно-депрессивных расстройств. Известно, что артериальная гипертензия и атеросклероз церебральных артерий приводят к развитию различной психоорганической симптоматики. Сниженный фон настроения при сосудистой патологии мозга наиболее часто имеет форму астенической депрессии, характеризующуюся сочетанием депрессивных переживаний с множеством психосоматических и психовегетативных симптомов: несистемного головокружения в виде неустойчивости, головных болей напряжения или ощущения тяжести в голове, болей в области сердца, шум или звон в ушах т. д. Депрессия может возникать как реакция на болезнь, т. е. являться реактивной, в этом случае сосудистое заболевание может играть роль пускового механизма у лиц с наследственно обусловленными депрессивными проявлениями, а также носить вторичный органический характер в результате хронической недостаточности мозгового кровообра-

щения. У пациентов с цереброваскулярными заболеваниями часто имеются проявления соматизированной тревоги, которая связана как со страхом нарушения целостности и функционирования организма, так и с физикальными симптомами тревоги.

Несмотря на широкую представленность и выраженность психоэмоциональных нарушений у больных цереброваскулярными заболеваниями, в комплексной терапии им не уделяется внимания, в связи с чем достичь положительного результата часто не удается. Эти расстройства отягощают течение заболевания, инициируют пролонгацию гипертензии, повышают опасность сосудистых катастроф. В настоящее время описана взаимосвязь между тревогой и депрессией и сосудистой заболеваемостью. Ряд работ посвящен постинсультным проявлениям тревоги и депрессии, в то же время данные о взаимосвязи выраженности депрессивных переживаний и тревоги с формой цереброваскулярной болезни малочисленны и противоречивы.

**Цель исследования** – сравнение выраженности показателей тревоги и депрессии у пациентов с разными формами цереброваскулярных заболеваний.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение уровня тревоги и депрессии по общепринятым шкалам провели у 146 пациентов ангионеврологического профиля: 40 больных с хронической вертебрально-базиллярной недостаточностью (ВБН), 60 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией 1 стадии (ДЭ), 23 пациентов после перенесенного ишемического инсульта (ИИ) (более 0,5 года) и 23 пациентов с гемодинамически значимыми стенозами (более 75%) и/или окклюзиями внутренних сонных артерий (ВСА). Исследование проводили у пациентов, способных адекватно оценивать собственные переживания, т. е. без грубых интеллектуально-

мнестических нарушений. Уровень тревоги оценивали по шкале Цунга, где балл определяется в соответствии с 4 градациями степени выраженности симптома по каждому пункту (5 пунктов оценивают аффективные симптомы, 15 – соматические). Индекс тревоги рассчитывается делением полученного при обследовании пациента суммарного балла на максимально возможный суммарный балл (80). Наличие и выраженность депрессии исследовали с помощью опросника Бека, включающего в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям депрессии, ранжированных по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия *t* Фишера–Стьюдента.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В целом в группах показатели по шкалам Цунга и Бека соответствовали легкой степени выраженности или отсутствию тревоги и депрессии вне зависимости от тяжести заболевания.

Хроническая вертебрально-базилярная недостаточность – одно из наиболее часто встречаемых и диагностируемых сосудистых заболеваний головного мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения области, питаемой позвоночными и основной артериями. Удельный вес этого заболевания среди всех нарушений мозгового кровообращения составляет 25–30% и около 70% от переходящих нарушений. В группе с хронической ВБН (40 пациентов) показатель тревоги равнялся  $0,58 \pm 0,02$ , что было достоверно выше, чем в группах больных с начальными проявлениями нарушения мозгового кровообращения (дисциркуляторная энцефалопатия 1 стадии) и группе пациентов с грубыми атеросклеротическими поражениями внутренних сонных артерий. В то же время средний балл по шкале Бека (оценка депрессивных переживаний) был низким ( $14,24 \pm 1,49$ ) и укладывался в рамки отсутствия депрессии.

У пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией 1 стадии отсутствует грубоочаговая неврологическая симптоматика, а имеются признаки дисфункции различных отделов и систем мозга вследствие многоочаговой или диффузной гипоксии тканей головного мозга. В группе пациентов с ДЭ 1 стадии до лечения средний балл по шкале тревоги равнялся  $0,50 \pm 0,03$ , что соответствовало тревоге легкой степени выраженности. Суммарный балл по шкале оценки депрессии так же, как и больных с хронической вертебрально-базилярной недостаточностью, был низким ( $11,90 \pm 2,99$ ) и соответствовал отсутствию депрессии.

Доказано, что регресс различных проявлений неврологического дефицита после перенесенного инсульта (нарушения моторики, мышечно-суставного чувства, координации, речи) и дефектов психики зависит от пластичности нервной системы, которая, в свою очередь, зависит от быстроты и степени восстановления кровообращения

в пораженной области. В группе пациентов, перенесших ИИ, исходно выраженность тревоги ( $0,53 \pm 0,02$ ) и депрессии ( $14 \pm 1,1$ ) была неяркой и существенно не отличалась от таковой в группах ДЭ 1 стадии и хронической ВБН.

Пациенты со стенозами и окклюзиями брахеоцефальных и интракраниальных артерий относятся к категории высокого риска развития инсульта. В популяционных исследованиях показано, что до 84% ишемических эпизодов, как постоянных, так и временных, являются осложнениями атеросклеротических бляшек, стенозирующих артерии. Гемодинамически значимый стеноз или полная окклюзия приводят к снижению перфузионного давления дистальнее стеноза, что вызывает компенсаторное расширение мелких резистивных сосудов. После того как мелкие внутричерепные сосуды исчерпают свой вазодилататорный резерв, дальнейшая компенсация происходит за счет увеличения фракции извлечения кислорода. Такое состояние обозначается как «синдром нишей перфузии». Область «нишей перфузии» отражает ишемическую готовность ткани мозга к развитию очагов некроза в случаях даже небольшого добавочного снижения перфузионного давления. Исходя из этого, мы выделили пациентов со стенозами и окклюзиями артерий шеи и мозга в отдельную группу, характеризующуюся тяжелым течением цереброваскулярной болезни, как и в предыдущей группе пациентов, перенесших ИИ.

У 23 пациентов с гемодинамически значимыми стенозами (более 75%) и/или окклюзиями ВСА показатели тревоги ( $0,52 \pm 0,02$ ) и депрессии ( $14 \pm 1,32$ ) значительно не отличались от таковых у пациентов дисциркуляторной энцефалопатией 1 стадии, без стенозирующего атеросклероза экстра- и интракраниальных артерий и от пациентов, перенесших ИИ. Таким образом, несмотря на тяжелое течение заболевания, уровень как тревоги, так и депрессии, как и у больных, перенесших инсульт, был невысоким.

## ВЫВОДЫ

1. У пациентов с цереброваскулярной патологией уровень депрессии соответствует легкой степени выраженности или отсутствию депрессии и не зависит от тяжести или преимущественной локализации сосудистого заболевания головного мозга.

2. У больных с разными формами цереброваскулярной болезни уровень тревоги был низким, но отмечено относительное повышение уровня тревоги у пациентов с хронической вертебрально-базилярной недостаточностью, что, возможно, является не столько следствием этого заболевания, сколько коморбидным фоном у этих больных.

3. У пациентов с тяжелыми формами цереброваскулярных заболеваний (последствия ишемических инсультов, грубые атеросклеротические поражения внутренних сонных артерий) показатели тревоги и депрессии были низкими и не отличались от уровня у пациентов с начальными проявлениями цереброваскулярной болезни (дисциркуляторная энцефалопатия 1 стадии).

**РЕЗЮМЕ**

*М. Л. Поспелова*

**Сравнительный анализ показателей тревоги и депрессии у пациентов с разными формами цереброваскулярной болезни**

У 146 пациентов с различными формами и тяжестью цереброваскулярных заболеваний, без грубых психических расстройств изучали показатели тревоги и депрессии по шкалам Бека и Цунга. Был выявлен повышенный уровень тревоги у пациентов с хронической вертебрально-базиллярной недостаточностью, в сравнении с больными дисциркуляторной энцефалопатией I стадии и пациентами с тромбоокклюзирующими поражениями артерий шеи и мозга.

**Ключевые слова:** цереброваскулярные заболевания, тревога, депрессия.

**SUMMARY**

*M. L. Pospelova*

**Comparative analysis of anxiety and depression in patients with different forms of cerebrovascular disease**

146 cerebrovascular patients without serious psychiatric disorders took part in this research. Levels of depression and anxiety were studied using the Zung anxiety scale and Beck depression test. Marked lower level of anxiety in patients with ischemic encephalopathy stage I and in patients with hemodynamically significant stenoses and/or occlusions ICA than in patients with a chronic vertebrobasilar insufficiency.

**Key words:** cerebrovascular disease, anxiety, depression.

© А. В. Розов, Н. П. Ванчакова, И. В. Вологодина, 2011 г.  
УДК 616.27-008.64+616.89-008.454]-053.9-039.57

**А. В. Розов, Н. П. Ванчакова,  
И. В. Вологодина**

## **ПРИМЕНЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (вопросы приверженности лечению)**

Городская поликлиника № 28, Санкт-Петербург; Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова; Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, Санкт-Петербург

**ВВЕДЕНИЕ**

Очень часто у больных старческого возраста имеет место нарушение психических функций, выражающихся в разной степени проявлений тревожно-депрессивных расстройств, снижении когнитивных функций, что может формировать отрицательное отношение к проводимой терапии, ухудшать качество жизни, вызывать неадекватные реакции и формы поведения, усиливать социальную изоляцию. В геронтологической практике большое значение уделяется специфике пациентов, их личностным и возрастным особенностям, стремлению помочь им в поддержании и, если возможно, развитию сохранившихся способностей к самостоятельной жизнедеятельности, улучшению качества жизни. Именно улучшение и поддержание качества жизни следует считать основной стратегической задачей ведения больных старческого возраста [7]. Одним из современных подходов к оптимизации

лечения хронической сердечной недостаточности является использование образовательных программ для больных [12]. Образовательные программы в настоящее время широко используются в комплексном лечении пациентов различного терапевтического профиля и с высокой эффективностью применяются в кардиологии, эндокринологии, пульмонологии и т. д. [2, 5, 9, 10, 14].

**Цель исследования** – изучить влияние образовательных программ на психосоматический статус, когнитивные функции, приверженность проводимой терапии и качество жизни.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В исследование включены 143 больных старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью II–III ФК. Средний возраст больных составил  $80,2 \pm 0,4$  (95% ДИ от 79,3–81,2) года. Были выделены 2 группы пациентов, прошедших обучение и 2 группы сравнения. Рандомизация проводилась методом закрытых конвертов. Всего было выделено 4 группы пациентов: 1 группа – 37 пациентов с аффективными расстройствами, прошедших обучение; 2 группа – 36 пациентов с аффективными расстройствами, получавших стандартное лечение; 3 группа – 35 пациентов без аффективных расстройств, прошедших обучение; 4 группа – 35 пациентов без аффективных расстройств, получавших стандартную терапию.

**Критерии исключения из исследования:** нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда или инсульт в предшествующие два месяца, неконтролируемая артериальная гипертензия. В исследование не включались пациенты с выраженными когнитивными нарушениями. Всем больным проводилась оценка клинического состояния по ШОКС (В. С. Мареев, 2000). Всем больным была выполнена эхокардиография (Logic 400, USA) и оценка толерантности к физической нагрузке по данным теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). У всех больных проводилась оценка уровня реактивной и личностной тревожности по шкале Спилберга–Ханина, качества жизни с помощью SF-36 Health Status Survey и Миннесотского опросника качества жизни (MLHFQ). Оценка когнитивной функции проводилась

с помощью опросника MMSE. Оценка влияния образовательных программ на качество жизни и приверженности терапии проводилась с помощью анкетирования пациентов. Для оценки приверженности терапии определяли индекс комплаентности: процентное отношение числа принятых доз к числу назначенных и с помощью опросника для оценки приверженности больных с хронической сердечной недостаточностью основными элементами самолечения и самоконтроля (H. Ni et al., 1999).

Обучение пациентов состояло из 4 занятий продолжительностью по 2 академических часа с 15-минутным перерывом по 2 занятия в неделю. На занятиях пациентам врач объяснял, что такое сердечная недостаточность, причины ее возникновения, основные симптомы заболевания. Больных обучали приемам самоконтроля – измерение артериального давления, подсчет частоты сердечных сокращений. Обсуждались вопросы диеты, рационального образа жизни, необходимости приема медикаментозных препаратов, используемых в терапии сердечной недостаточности, и их влияния на течение заболевания. Каждое занятие состояло из вводной части, информационной части, активной части – ответы на вопросы пациентов, заключительной части – обобщение полученных знаний, формирование выводов вместе с пациентами. Оценка показателей проводилась исходно и через 1 месяц после окончания обучения.

Полученные в процессе исследования данные обрабатывались с помощью программной системы Statistica for Windows (версия 5.11). Сравнение количественных параметров проводилось с помощью непараметрических методов  $\chi^2$ ,  $\chi^2$  с поправкой Йетса на непрерывность, точного двустороннего критерия Фишера, сравнение количественных показателей в исследуемых группах – с использованием критериев Манна–Уитни, Крускалла–Уоллеса и модуля ANOVA. Сопоставление изучаемых показателей в динамике после проведенного лечения выполнялось с помощью критерия Вилкоксона. Критерием статистической достоверности мы считали общепринятую в медицине величину  $p < 0,05$ . Связи случайных величин оценивались с помощью корреляции Пирсона, Спирмена и метода множественной регрессии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведенного исследования было установлено, что все пациенты страдали ИБС. Острый инфаркт миокарда в прошлом перенесли 52% пациентов. Артериальной гипертензией страдали 84% пациентов. Сахарный диабет выявлен у 27% пациентов. Достоверного различия по возрасту, полу, тяжести основного заболевания и сопутствующей патологии не было ( $p > 0,05$ ). Количество баллов по ШОКС исходно соответствовало функциональному классу ХСН:  $5,8 \pm 0,3$  (95% ДИ 5,0–5,7) у пациентов 1 группы;  $5,7 \pm 0,2$  (95% ДИ 4,9–5,6) у пациентов 2 группы;  $5,5 \pm 0,1$  (95% ДИ 4,7–5,6) у пациентов 3 группы;  $5,5 \pm 0,1$  (95% ДИ 4,7–5,6) у пациентов 4 группы. Статистически значимого различия между группами исходно

не было ( $p > 0,05$ ). Через 1 месяц от начала исследования у пациентов 1 и 3 группы выявлено достоверное уменьшение количества баллов по ШОКС, свидетельствующее об улучшении клинического состояния. У пациентов 2 и 4 групп достоверного изменения показателей за период наблюдения не произошло. У пациентов всех изучаемых групп отмечалось снижение сократительной функции сердца (ФВ < 45%). Достоверного различия дистанции пройденной ходьбы по ТШХ исходно в изучаемых группах не было ( $p > 0,05$ ). Через 1 месяц прирост дистанции пройденной ходьбы в обеих группах пациентов, прошедших обучение, был достоверно выше по сравнению с группами, получавшими стандартную терапию ( $p < 0,05$ ). У пациентов всех изучаемых групп исходно выявлена умеренная реактивная и личностная тревожность. Через месяц в 1 и 3 группах выявлено статистически значимое уменьшение количества баллов, свидетельствующее об уменьшении уровня реактивной тревожности: у пациентов 1 группы – на 24,7%, у пациентов 3 группы – на 29,8%. У пациентов 2 и 4 групп статистически значимого изменения уровня реактивной тревожности за период наблюдения не произошло. В группах пациентов, прошедших структурированное обучение, через 1 месяц выявлено статистически значимое уменьшение уровня личностной тревожности.

Во всех изучаемых группах количество баллов по MLHFQ превышало общепринятую для данного функционального класса ХСН величину: у пациентов 1 группы –  $53,5 \pm 0,6$  балла (95% ДИ от 52,2 до 53,9); у пациентов 2 группы –  $52,7 \pm 0,5$  балла (95% ДИ от 51,6 до 52,6); у пациентов 3 группы –  $51,3 \pm 0,5$  балла (95% ДИ от 50,2 до 51,8); у пациентов 4 группы –  $49,9 \pm 0,6$  балла (95% ДИ от 48,8 до 50,6). Через месяц от начала исследования у пациентов 1 и 3 групп выявилось статистически значимое уменьшение количества баллов, свидетельствующее об улучшении качества жизни, у пациентов 2 и 4 групп достоверного различия не выявлено ( $p > 0,05$ ). В изучаемых группах исходно по опроснику SF-36 Health Status Survey достоверного различия количества баллов не выявлено ( $p > 0,05$ ). Наиболее низкие показатели получены по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования, социального функционирования и ролевого эмоционального функционирования. Более низкие показатели объясняются полиморбидностью, характерной для пациентов данной возрастной группы. Через месяц от начала исследования выявлено достоверное увеличение количества баллов у пациентов 1 и 3 групп по всем шкалам, свидетельствующее об улучшении.

Данные, полученные по опроснику (H. Ni et al. 1999), выявили более низкую приверженность лечению у пациентов 1 и 2 групп по сравнению с пациентами 3 и 4 групп: у пациентов 1 группы –  $15,7 \pm 1,2$  балла (95% ДИ от 15,1 до 16,4), у пациентов 2 группы –  $16,1 \pm 0,9$  балла (95% ДИ от 15,7 до 16,5), у пациентов 3 группы –  $18,3 \pm 0,8$  балла (95% ДИ от 16,5 до 19,6), у пациентов 4 группы –  $17,7 \pm 0,8$  балла (95% ДИ от 15,8 до 18,1). Через месяц в группах, прошедших обучение, выявлено достоверное увеличение при-

верженности проводимой терапии: у пациентов 1 группы – на 19,4%, у пациентов 3 группы – на 30,6% ( $p < 0,01$ ). В группах сравнения достоверного различия по сравнению с исходным уровнем и через месяц не отмечалось. Сходные изменения получены при исследовании индекса комплаентности. У всех пациентов выявлены умеренные когнитивные нарушения с помощью опросника MMSE, однако в 1 и 2 группах когнитивные нарушения более выражены. Через месяц в группах, прошедших обучение, отмечается улучшение когнитивных функций: в 1 группе – на 19,4%, в 3 группе – на 24,6%. Достоверного улучшения когнитивных функций в группах сравнения не выявлено. По посещаемости на первом занятии присутствовали все пациенты, на втором занятии в 1 группе присутствовало 91,9% больных, в 3 группе присутствовали все больные, на третьем занятии в 1 группе явилось 83,8% и в 3 группе – 94,2% больных, на четвертое занятие в 1 группе явилось 75,7% и в 3 группе – 88,6% больных.

Лечение хронической сердечной недостаточности у больных старческого возраста осложнено наличием множественной сопутствующей патологии, имеющимися аффективными расстройствами и сниженными когнитивными функциями и требуют интегративного подхода. Ухудшение течения хронической сердечной недостаточности ведет к усилению тревожно-депрессивных расстройств и ухудшению когнитивных функций, вследствие чего такие больные могут нарушать предписанный режим приема препаратов или начинают отказываться от их приема, индекс приверженности терапии при этом снижается, что ведет к дальнейшему ухудшению состояния. Один из методов лечения больных с хронической сердечной недостаточностью, доказавший свою эффективность и вошедший в национальные рекомендации по лечению данной патологии, является школа для больных [1, 12]. Однако хочется отметить, что на территории Российской Федерации лечение больных старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью на фоне аффективных расстройств и когнитивных нарушений изучено недостаточно. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о положительном влиянии образовательных программ на течение хронической сердечной недостаточности и качество жизни за счет повышения приверженности терапии, уменьшения проявлений тревожно-депрессивных расстройств, улучшения когнитивных функций. Более низкие показатели посещаемости школы для больных, клинического улучшения, повышения физической активности и приверженности терапии отмечаются у больных с аффективными расстройствами.

## ВЫВОДЫ

1. У пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью и тревожно-депрессивными расстройствами выявлено большее нарушение когнитивной функции и более низкая приверженность к проводимой терапии по сравнению с пациентами без аффективных расстройств.

2. Участие в образовательных программах приводит к улучшению психосоматического статуса и качества жизни за счет увеличения приверженности к терапии у данной категории больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев, Ф. Т. Перспективы внедрения специализированных форм активного амбулаторного ведения больных с сердечной недостаточностью: структура, методика и предварительные результаты Российской программы «ШАНС» / Ф. Т. Агеев [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2004. – Т. 5. – № 6. – С. 268–271.
2. Архипов, В. В. Фармакоэпидемиологическая и клиническая оценка эффективности образовательных программ и внедрение индивидуальных планов лечения больных бронхиальной астмой / В. В. Архипов [и др.] // Пульмонология. – 2002. – Т. 12. – № 1. – С. 105–109.
3. Беленков, Ю. Н. Эпидемиологическое исследование сердечной недостаточности: состояние вопроса / Ю. Н. Беленков [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2002. – Т. 3. – № 2. – С. 57–58.
4. Беленков, Ю. Н. Методы оценки тяжести ХСН и оценки результатов лечения или двадцать ответов на двадцать вопросов в двадцати иллюстрациях по результатам Российского многоцентрового исследования / Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев. – М.: ФАСОН, 2002. – 38 с.
5. Булкина, Л. С. Влияние обучения больных с бронхиальной астмой на течение заболевания / Л. С. Булкина [и др.] // Терапевт. арх. – 1996. – № 12. – С. 30–35.
6. Васюк, Ю. А. Хроническая сердечная недостаточность и депрессия (обзор) / Ю. А. Васюк [и др.] // Терапевт. архив. – 2007. – Т. 79. – № 10. – С. 54–60.
7. Гиляревский, С. Р. Влияние терапевтического обучения больных с выраженной хронической сердечной недостаточностью на качество жизни и потребность в повторных госпитализациях: результаты 12-месячного рандомизированного исследования / С. Р. Гиляревский [и др.] // Кардиология. – 2002. – № 5. – С. 56–61.
8. Голубев, А. Д. Обучение больных пожилого и старческого возраста как основной фактор коррекции сердечно-сосудистых и обменных нарушений / А. Д. Голубев, Т. М. Зиньковская, Л. А. Завражных // Актуальные вопросы внутренней патологии. – Н. Новгород, 2001. – С. 101–103.
9. Евзерихина, А. В. Методические основы обучения в школе больных хронической сердечной недостаточностью / А. В. Евзерихина, П. В. Тороп, М. С. Дианкина // Сердечная недостаточность. – 2005. – Т. 6. – № 5. – С. 213–216.
10. Калинина, А. М. Школа здоровья для больных с хронической сердечной недостаточностью: повышение эффективности контроля артериальной гипертензии / А. М. Калинина // Трудный пациент. – 2006. – Т. 4. – № 8. – С. 21–23.
11. Конради, А. О. Обучение больных гипертонической болезнью – бессмысленная трата времени или реальный инструмент в повышении качества контроля заболевания? / А. О. Конради, Т. А. Соболева, Т. А. Максимова // Артериальная гипертензия. – 2002. – Т. 8. – № 6. – С. 217–220.
12. Национальные клинические рекомендации / ВНОК. – М., 2009. – 528 с.
13. Недошивин, А. О. Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью. Эффект лечения милдронатом / А. О. Недошивин [и др.] // Терапевт. арх. – 1999. – Т. 71. – № 8. – С. 10–12.
14. Степанищева, Л. А. Клинические и экономические доказательства целесообразности обучения больных ХОБЛ / Л. А. Степанищева, П. Л. Игнатова, Е. В. Николаева // Пульмонология. – 2005. – № 4. – С. 60–61.

15. Шаварова, Е. К. Эффективность обучающей программы как немедикаментозного метода лечения больных ожирением / Е. К. Шаварова, Е. А. Никитина, Е. В. Смирнова // Артериальная гипертензия. – 2003. – Т. 9. – № 2. – С. 54–58.

16. Focused Update of ESC Guidelines on device therapy in heart failure // Eur. Heart Jour. – 2010. – № 31. – P. 2677–2687.

17. Cardoso, G. Heart failure and depression : an association with clinical importance / G. Cardoso [et al] // Rev. Port. Cardiol. – 2008. – Vol. 27. – № 1. – P. 91–109.

18. Bouhour, J. B. Education of patients with heart failure / J. B. Bouhour // Arch. Mal. Coeur. Vaiss. – 1998. – Vol. 91. – № 11. – P. 1407–1410.

19. Devanand, D. P. Late onset dysthymic disorder and major depression in elderly outpatients / D. P. Devanand [et al] // J. Affect. Disord. – 2004. – Vol. 78. – № 3. – P. 259–267.

20. Koenig, H. G. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure / H. G. Koenig // Gen. Hosp. Psychiatry. – 1998. – Vol. 20. – P. 29–43.

21. Yaoita, H. Heart failure in the elderly / H. Yaoita, Y. Maruyama // Nippon. Ronen. Igakkai Zasshi. – 2006. – Vol. 43. – № 6. – P. 718–721.

22. Boyde, M. Learning style and learning needs of heart failure patients (The Need2Know-HF patient study) / M. Boyde [et al] // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. – 2009. – № 8 (5). – P. 316–322.

23. Jourdain, P. [Perception and understanding chronic heart failure by the patient. The impact of therapeutic education on the level of knowledge of patients. About 350 cases] / P. Jourdain [et al] // Arch. Mal. Coeur. Vaiss. – 2007. – № 100 (3). – P. 163–174.

## РЕЗЮМЕ

А. В. Розов, Н. П. Ванчакова, И. В. Вологодина

Применение образовательных программ у амбулаторных больных старческого возраста с хронической сердечной

недостаточностью и тревожно-депрессивными расстройствами (вопросы приверженности лечению)

Целью исследования было определение роли образовательных программ в лечении больных старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью и тревожно-депрессивными расстройствами в условиях поликлиники. Обследованы 143 больных старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью II–III ФК, в их числе 73 больных с легкими тревожно-депрессивными расстройствами. Показано, что использование образовательных программ у таких пациентов оказывает положительное влияние на клиническое состояние, уровень тревожности, когнитивные функции и качество жизни за счет повышения приверженности терапии.

**Ключевые слова:** образовательные программы, хроническая сердечная недостаточность, тревожно-депрессивные расстройства, старческий возраст, приверженность лечению.

## SUMMARY

A. V. Rozov, N. P. Vanchakova, I. V. Vologdina

Educational programs for elderly patients with chronic heart failure and disturbing depressive frustration (questions of adherence to treatment)

The research objective was to define the role of educational programs in the treatment of elderly patients with chronic heart failure and disturbing-depressive frustration in the polyclinic setting. 143 elder patients with chronic heart failure NYHA functional class II–III, among them 73 patients with light disturbing-depressive frustration, were surveyed. The educational programs had a positive impact on the clinical condition of the patients, uneasiness level, cognitive functions and quality of life due to a greater adherence to the therapy.

**Key words:** educational programs, chronic heart failure, disturbing-depressive frustration, elderly age, adherence to treatment.

© Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина, 2011 г.  
УДК 378.180.6:612.821.017.2

Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров,  
М. А. Кулыгина

## КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАС- СТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ

Московский НИИ психиатрии

### ВВЕДЕНИЕ

Частота выявления расстройств адаптации (РА) колеблется, по данным разных исследований, от 1 до 21% [2, 8], а среди пациентов общемедицинской сети – от 5 до 51% [1, 6]. Распространенность РА у студентов составляет 14–21% [3, 9]. Расхождения эпидемиологических показателей связаны с неопределенностью самого понятия РА и сложностями его диагностики, формирующими своеобразный феномен «айсберга» [4, 11].

В литературе имеются данные о том, что РА отличаются от других тревожно-депрессивных расстройств меньшей продолжительностью и редкостью повторных обращений за психиатрической помощью [4, 7]. Вместе с тем ряд авторов указывают на то, что несвоевременная диагностика РА может приводить к утяжелению психического состояния пациента, хронификации, повышению риска суицидального и аддиктивного поведения [3, 5, 10]. До настоящего времени исследований, посвященных подробному анализу динамики РА, не проводилось.

Цель исследования – клинико-статистический анализ динамики РА у студентов, а также факторов, влияющих на их формирование.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего обследованы 66 амбулаторных пациентов (студентов) с РА (46 девушек – 69,7% и 20 юношей – 30,3%) в возрасте 16–23 года (средний возраст – 19,14 года).

Использованы полуструктурированное клиническое интервью, основанное на Present State Examination (PSE), методика многостороннего исследования личности – ММИЛ и 16-факторный личностный опросник – 16ЛФ. Все студенты проходили обязательное обследование у терапевта и не-



вропатолога, и был проведен анализ их медицинских карт. Исследование носило лонгитюдный характер, обследование проводилось во время включения в группу, а также через 1, 3, 6 и 12 месяцев после первичного обследования.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании клинико-статистического анализа было выделено 5 клинических групп РА: депрессивные реакции (ДР) – 20 пациентов (30,3%); тревожно-депрессивные реакции (ТДР) – 15 (22,7%); соматизированные реакции (СР) – 13 (19,8%); тревожные реакции (ТР) – 9 (13,6%); реакции дезадаптации с нарушениями поведения (ПР) – 9 (13,6%). ДР в зависимости от стабильности и длительности аффективных нарушений было разделены на два подтипа: кратковременные (КДР) и пролонгированные (ПДР).

При КДР симптоматика сохранялась 2–4 недели, при ПДР – 1–1,5 года. Начальные проявления ДР характеризовались формированием комплекса психогенных переживаний с фиксацией на психотравмирующем событии и астеническими проявлениями. На поздних этапах в клинической картине ведущее место занимали субдепрессивные или депрессивные состояния легкой степени выраженности. В целом ПДР имели более тяжелое течение с тенденцией к углублению расстройства, в то время как КДР протекали благоприятно.

Длительность ТР не превышала 5 недель (в среднем –  $22,6 \pm 3,2$  дня). По мере дезактуализации психотравмы и регресса тревожного аффекта ведущее место в клинической картине расстройства занимал астенический синдром. У 53,3% пациентов этой группы наблюдалось неблагоприятное течение расстройства с нарастанием выраженности депрессивных симптомов и формированием смешанного тревожно-депрессивного синдрома в рамках РА.

Средняя продолжительность ТДР составляла  $5,8 \pm 1,5$  месяца. У 46,0% пациентов этой группы клиническая картина уже на начальных этапах характеризовалась наличием тревожно-депрессивного синдрома. У остальных 54,0% пациентов сначала доминировали тревожные или депрессивные проявления, а в последующем симптоматика усложнялась, что свидетельствовало о неблагоприятном течении расстройства. На отставленных этапах ТДР происходила трансформация тревожной симптоматики. При этом собственно психическая тревога редуцировалась, а на первое место выдвигались проявления соматической тревоги и астено-депрессивного синдрома.

Динамика СР характеризовалась краткосрочностью и сбалансированной редукцией симптоматики со средней продолжительностью расстройства  $17,2 \pm 4,7$  дня. Значимую роль в клинической картине играло формирование стереотипных «соматических ответов» на психотравмирующее событие. Возможно, наличие соматических жалоб и психовегетативных расстройств ухудшает прогноз, что объясняется формированием соматизации как способа реагирования на стресс.

По длительности ПР также были кратковременными, средняя продолжительность расстройства составляла

$15,1 \pm 3,4$  дня. Однако под влиянием длительного психоэмоционального напряжения и повторяющихся стрессовых воздействий у обследованных студентов часто происходило нарастание выраженности и повторное возникновение реакций дезадаптации.

В целом можно говорить о трех вариантах течения РА у студентов: 1) благоприятное (22 пациента – 33,3%) – регресс психопатологической симптоматики и постепенное выздоровление; 2) протрагированное (26 пациентов – 39,4%) имело два варианта: а) по типу затяжных реакций (50,0%), длительностью более 6 месяцев; б) по типу повторяющихся реакций – «клише» (50,0%), возникновение аналогичных по форме и типу нарушений после периода нормализации состояния; 3) неблагоприятное (18 пациентов – 27,3%) – углубление симптоматики с тенденцией к формированию иных психических расстройств (дистимия – 4,5%, депрессивные эпизоды – 9,0%, тревожно-депрессивные расстройства – 7,7%, соматоформные расстройства – 6,1%).

Для выявления личностных факторов, определяющих неблагоприятное течение РА, был проведен множественный регрессионный анализ данных психометрических шкал (ММИЛ и 16ЛФ). Была получена статистически значимая регрессионная модель ( $p = 0,000159$ ), из которой следует, что такие качества, как коммуникативные затруднения (S0 ММИЛ), напряженность (N 16ЛФ), низкий самоконтроль (Q3 16ЛФ), отчужденность (A 16ЛФ), а также зависимость от группы (Q2 16ЛФ), в большей степени влияют на тяжесть психопатологической симптоматики и являются факторами неблагоприятного прогноза РА.

## ВЫВОДЫ

Несмотря на то, что РА у студентов имеют преимущественно благоприятное течение и в 53,0% случаев протекают кратковременно, даже в этих случаях возможно формирование повторных эпизодов по типу «клише». Неблагоприятными прогностическими признаками течения РА являются: существенная выраженность и длительность депрессивного синдрома, сочетание тревожной и депрессивной симптоматики, появление признаков соматизации, а также коммуникативные свойства и личностные особенности, затрудняющие социальное взаимодействие (напряженность, отчужденность, зависимость от группы, низкий самоконтроль). Все это повышает требования к своевременной диагностике и коррекции РА в условиях амбулаторной психиатрической и общемедицинской практики.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Краснов, В. Н.* Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М.: Практ. мед. – 2011. – 432 с.: ил.
2. *Полищук, Ю. И.* Основные клинические формы психической дезадаптации в позднем возрасте и способы их коррекции в условиях центра социального обслуживания: пособие для врачей / Ю. И. Полищук [и др.]. – М., 2003.
3. *Чубаровский, В. В.* Пограничные психические расстройства и аддиктивные формы поведения у лиц подросткового и юношеского возраста (клинико-эпидемиологический аспект): моно-

графия / В. В. Чубаровский, М. А. Некрасов. – Орел : ОГУ ; Картуш, 2005. – 128 с.

4. Bronisch, T. Validity of adjustment disorder, comparison with major depression / T. Bronisch, H. Hecht // *J. Affect Disord.* – 1989. – № 17 (3). – P. 229–236.

5. DeLeo, D. Adjustment disorders and suicidality / D. DeLeo, C. Pellegrini, L. Serraioto // *Psychol. Rep.* – 1986. – № 59. – P. 355–358.

6. Grassi, L. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting : some suggestions for DSM-V / L. Grassi [et al] // *J. Affect Disord.* – 2007. – № 101 (1–3). – P. 251–254.

7. Jones, R. Readmission rates for adjustment disorders : comparison with other mood disorders / R. Jones, W. R. Yates, M. H. Zhou // *J. Affect Disord.* – 2002. – № 71 (1–3). – P. 199–203.

8. Jouger, M. Adjustment disorders – nosological state and treatment options / M. Jouger, K. Frasch, T. Becker // *Psychiatr. Prax.* – 2008. – № 35 (5). – P. 219–225.

9. Lung, F. W. The premorbid personality in military students with adjustment disorder / F. W. Lung, F. Y. Lee, B. C. Shu // *Military Psychology.* – 2006. – № 18 (1). – P. 77–88.

10. Portzky, G. Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents / G. Portzky, K. Audenaert, K. van Heeringen // *J. Affect Disord.* – 2005. – № 87 (2–3). – P. 265–270.

11. Strain, J. J. The adjustment disorders : the conundrums of the diagnoses / J. J. Strain, A. Diefenbacher // *Compr. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 49 (2). – P. 121–130.

## РЕЗЮМЕ

*Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина*

**Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов**

Обследованы 66 студентов с диагнозом «расстройство адаптации». Использовали полуструктурированное интервью, основанное на PSE, MMIL, 16-ЛФ. С учетом клинических проявлений выявлено пять основных групп РА – депрессивные, тревожные, тревожно-депрессивные, соматизированные и поведенческие реакции. Факторами неблагоприятного прогноза РА являются существенная выраженность и длительность депрессивного синдрома, сочетание тревожной и депрессивной симптоматики, появление признаков соматизации, а также коммуникативные свойства и личностные особенности, затрудняющие социальное взаимодействие, что необходимо учитывать в психопрофилактической работе.

**Ключевые слова:** студенты, расстройства адаптации, соматизированные реакции, благоприятное течение, тревожно-депрессивная симптоматика, динамика.

## SUMMARY

*N. A. Shifner, A. E. Bobrov, M. A. Kulygina*

**Clinicodynamic aspects of adjustment disorders among students**

Sixty-six students with adjustment disorders (AdD) were under examination. A semi-structured interview model based on PE, MMPI and 16PF questionnaires was used. On the ground of clinical features. Five main subtypes of AdD – depressive, anxious, anxiety-depressive behavioral and somatozational – were defined on the basis of clinical features. The factors of unfavourable prognosis in AdD are severity and long duration of the depressive syndrome, presence of mixed anxiety and depressed mood, signs of somatization, communicativity and personality characteristics. These are the factors to be taken into account in psychoprophylaxis.

**Key words:** students, adjustment disorders, somatization reactions, favorable course, anxiety and depressed mood, dynamics.

© Коллектив авторов, 2011 г.  
УДК 616.89-008.441.33+616-097-022]:616.092.12

**Э. П. Станько, С. А. Игумнов,  
Д. Э. Станько, А. П. Гелда**

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ

Гродненский государственный медицинский университет; Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск

## ВВЕДЕНИЕ

Злоупотребление наркотиками связано с риском развития ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов А, В, С и обусловлено их рискованным инъекционным и сексуальным поведением. По данным зарубежных специалистов, показатель инфицированности ВИЧ среди потребителей наркотиков может достигать 35% [15]. В США на потребителей инъекционных наркотиков приходится треть всех

случаев заражения ВИЧ, более половины первичных случаев инфицирования ВИЧ и половина первичных случаев возникновения гепатита С [15]. В России основным путем передачи ВИЧ до последнего времени считается инъекционный [3, 7]. В Беларуси, по кумулятивным данным, 49,8% (5859 человек), инфицированных ВИЧ, в период с 1987 по 2011 гг. заразились парентеральным путем (внутривенное введение наркотиков). Удельный вес лиц, инфицирование которых произошло половым путем, в 2010 г. составил 75,1% (803 случая) [10].

Пациенты, страдающие опийной наркоманией, выявляют низкий уровень социального функционирования и обнаруживают выраженную социальную несостоятельность [4, 9]. Непосредственным результатом потребления наркотиков является нарушение социальных связей и контактов, что, в конечном итоге, при отсутствии лечебно-реабилитационных мероприятий приводит к дезадаптации пациентов [5]. Показатели качества жизни и социального функционирования могут быть одними из критериев, отражающих динамику психосоциального статуса наркозависимых [1, 11–14]. Оценка тяжести заболевания и выбор методов терапии зависят от показателей соматического здоровья, качества жизни и социального функционирования пациентов, которые могут быть основой для разработки дифференцированных терапевтических

программ с осуществлением направленного, сбалансированного медикаментозного и психосоциального воздействия [1, 2], что и определяет актуальность темы исследования, ее научную и практическую значимость.

**Цель** исследования – изучение показателей качества жизни и социального функционирования, их корреляций у наркозависимых пациентов с различным ВИЧ-статусом.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целенаправленное сплошное клиническое и экспериментально-психологическое исследование 297 пациентов с опийной наркоманией с различным ВИЧ-статусом проводилось в стационарных и амбулаторных условиях учреждений здравоохранения в различных регионах страны с использованием клиничко-психопатологического, экспериментально-психологического, социологического и статистического методов исследования. Для изучения социально-психологического статуса пациентов разработана регистрационная карта исследования наркозависимых пациентов, использовались шкала социального функционирования [2] и опросник SF-36 [2, 6, 8]. Для анализа результатов использован стандартный пакет прикладных статистических программ Statistica 6.0.

В исследование были включены мужчины и женщины в возрасте от 19 до 57 лет с диагнозом «психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов». Для решения поставленных задач клинический материал был разделен на две группы: 46,13 % составили ВИЧ-положительные пациенты с опийной наркоманией (I группа) и 53,87% – ВИЧ-негативные пациенты с опийной наркоманией (II группа). Средний возраст ВИЧ-положительных пациентов составил 33,55±6,17 года, ВИЧ-негативных пациентов – 30,05±5,82 года. Критериями включения в исследуемую выборку исследуемых пациентов для проведения клиничко-психопатологического обследования являлись внутривенное употребление опиатов, возраст старше 18 лет, употребление опиатов в течение 30 дней и более до исследования, а также способность дать информированное согласие. Критерии исключения из исследования – наличие остро протекающих психических заболеваний (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия), наличие существенного когнитивного дефицита, отказ больного от участия в исследовании. До включения в исследование все испытуемые подписывали информированное согласие, предварительно одобренное этическим комитетом ГУ «РНПЦ психического здоровья».

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ клиничко-социальной характеристик исследуемой выборки выявил низкий уровень образования (4,3 % пациентов с различным ВИЧ-статусом), неполное среднее образование (8,1 % ВИЧ-негативных и 10,2 % ВИЧ-положительных наркозависимых) ( $p < 0,001$ ). Средний возраст обследованных пациентов – 30–33 лет, т. е. это относительно молодые люди в наиболее трудоспособном возра-

сте. Первая проба наркотиков у ВИЧ-положительных наркозависимых (17,85±2,76 года) состоялась в среднем на 2 года раньше, чем у ВИЧ-негативных (19,33±4,45 года) ( $p < 0,001$ ). Основным потребляемым наркотиком у пациентов обследованных групп является экстракционный опиум. Среди ведущих мотивов потребления наркотиков пациенты обеих групп называют желание изменить настроение, нейтрализацию негативных переживаний, купирование состояния отмены. Возраст начала половой жизни исследованных пациентов: 15,37±2,03 года для ВИЧ-негативных и 15,09±1,97 года для ВИЧ-положительных, число половых партнеров в течение года у ВИЧ-положительных (2,35±1,65) в 4,1 раза было больше по сравнению с ВИЧ-негативными (0,56±1,23) пациентами ( $p < 0,000000$ ). Необходимо отметить, что 26,3 % ВИЧ-положительных и 29,3 % ВИЧ-негативных наркозависимых совершали противоправные деяния без наличия причин. Вместе с тем ВИЧ-положительные пациенты по сравнению с ВИЧ-негативными чаще совершали преступления в состоянии опьянения (33,6 и 20,6 % соответственно при  $p < 0,01$ ), в состоянии отмены (27,7 и 17,5 % соответственно при  $p < 0,03$ ) и выраженного патологического влечения к наркотику (54 и 30,6 % соответственно при  $p < 0,00004$ ).

Установлены достоверно более низкие показатели SF-36 у ВИЧ-положительных наркозависимых, касающиеся физической (общего состояния здоровья при  $p < 0,001$ ) и психической (жизненной активности при  $p < 0,05$ ) сфер, что свидетельствует о пессимистическом отношении к лечению ВИЧ-положительных наркозависимых, несмотря на проводимую с ними заместительную терапию метадонем. У ВИЧ-негативных наркозависимых наиболее страдают ролевое физическое функционирование ( $p < 0,00007$ ), интенсивность боли ( $p < 0,001$ ), социальное функционирование ( $p < 0,00001$ ) и эмоциональное ролевое функционирование ( $p < 0,003$ ). Показатель психического здоровья у ВИЧ-положительных наркозависимых составил 49,50±17,2 и у ВИЧ-негативных – 52,12±17,2. Интегральные показатели физического компонента здоровья были менее 43 баллов, а значения психологического компонента здоровья составляли не более 36 баллов у пациентов обеих групп, что свидетельствует о выраженной социальной дезадаптации наркозависимых пациентов с различным ВИЧ-статусом. Средние значения шкалы «Социальное функционирование» (СФ) у пациентов с опийной наркоманией распределены следующим образом: агрессия (0,9±0,7 HIV+/0,5±0,8 HIV-), аффективные расстройства (1,8±0,8 HIV+/1,7±0,7 HIV-), психоорганические нарушения (1,1±0,6 HIV+/0,9±0,6 HIV-), критические способности (1,9±0,8 HIV+/1,4±1,1 HIV-), самообслуживание (1,2±1,1 HIV+/1,5±0,9 HIV-), трудовая деятельность (2,7±1,3 HIV+/2,8±1,2 HIV-), социальные контакты (1,9±0,8 HIV+/2,1±0,7 HIV-), семейные отношения (2,4±1,1 HIV+/2,6±0,9 HIV-), отношение к родителям (2,1±0,9 HIV+/2,1±1,1 HIV-), структурирование свободного времени (2,3±1,0 HIV+/2,7±0,9 HIV-), общая оценка (18,5±6,6 HIV+/18,6±5,1 HIV-). Коэффициент Kendall Tau составил: между выраженностью агрессии и шкалой RP –  $r = 0,18$  ( $p = 0,0008$ ), шкалой GH –  $r = 0,11$

( $p=0,03$ ); шкалой PH –  $r=0,13$  ( $p=0,01$ ), общей оценкой шкалы SF и шкалой RP –  $r=0,13$  ( $p=0,01$ ), шкалой BP –  $r=0,14$  ( $p=0,01$ ), шкалой MH –  $r=0,12$  ( $p=0,02$ ). Выявлено обратное влияние между аффективными расстройствами и шкалой SF –  $r=-0,12$  ( $p=0,02$ ), психоорганическими расстройствами и шкалой RP –  $r=-0,12$  ( $p=0,02$ ), шкалой SF –  $r=-0,16$  ( $p=0,002$ ), шкалой RE –  $r=-0,10$  ( $p=0,04$ ), шкалой MH –  $r=-0,15$  ( $p=0,004$ ).

Таким образом, чем ниже суммарный балл по шкале «аффективные расстройства», тем выше показатели по шкале «социальное функционирование» опросника SF-36; чем более выражены психоорганические расстройства, тем хуже качество жизни, в частности, параметры психического здоровья. Опросник SF-36 способен быстро и точно реагировать на изменения физического и эмоционального статуса наркозависимых пациентов, что подтверждается результатами объективной шкалы, исследующей особенности социального функционирования больных.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ показателей качества жизни пациентов с опийной наркоманией с различным ВИЧ-статусом показывает, что этот метод является важным и тонким инструментом для оценки влияния клинических проявлений заболевания на все сферы жизни пациента. При сравнении полученных результатов установлено, что интегральные показатели физического и психологического компонентов здоровья у пациентов с опийной наркоманией снижены вне зависимости от ВИЧ-статуса. Сравнительная характеристика качества жизни наркозависимых пациентов с различным ВИЧ-статусом показала, что ВИЧ-позитивные пациенты испытывают значительно больше тревожно-депрессивных переживаний по сравнению с ВИЧ-негативными пациентами, даже находясь в состоянии ремиссии. Различное соотношение показателей качества жизни (субъективный критерий), социального функционирования (объективный критерий) и клинических особенностей заболевания позволяет выделить различные группы пациентов в зависимости от выраженности заболевания и выбрать вид медицинской помощи (психофармакологической, психотерапевтической, психосоциальной). Использование клинических признаков заболевания и корреляционных связей с качеством жизни и социальным функционированием позволит более активно влиять на эффективность оказания терапевтической и реабилитационной помощи наркозависимым пациентам. Количественные показатели, отражающие характеристики функционального и психосоциального статуса пациентов, являются важной составляющей терапевтического результата.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бараненко, А. В. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) / А. В. Бараненко, О. Б. Калиниченко // Украин. вестник психоневрол. – 2003. – Т. 11. – Вып. 2. – С. 68–71.

2. Бойко, Е. О. Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии / Е. О. Бойко // Вопросы наркол. – 2008. – № 5. – С. 58–65.

3. Винникова, М. А. Ремиссии при героиновой наркомании, клиника, этапы течения: дисс. ... д-ра мед. наук / М. А. Винникова. – М., 2005. – 235 с.

4. Иванчук, Э. Г. Состояние когнитивных процессов у лиц, употребляющих психоактивные вещества / Э. Г. Иванчук, Н. Я. Оруджев // Соц. и клин. психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 85–88.

5. Игонин, А. Л. Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение / А. Л. Игонин, Ю. Б. Тузикова, Д. А. Иришкин // Наркология. – 2004. – № 3. – С. 50–58.

6. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. Институт клинико-фармакологических исследований // URL : <http://www.evidence-cpr.com/question/sf-36-guidelines>.

7. Медико-социальные последствия инъекционного употребления наркотиков и возможные пути их предотвращения / Е. А. Кошкина [и др.]; МГУ им. М. В. Ломоносова; под общ. ред. Б. П. Денисова. – М.: МАКС Пресс, 2004. – С. 27–57.

8. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. Ю. Л. Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.

9. Оруджев, Н. Я. Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики / Н. Я. Оруджев // Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – № 3. – С. 59–64.

10. Эпидемиология по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь на 1 января 2011 года / ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». – Минск, 2011 // URL: Режим доступа: <http://www.rcheph.by>.

11. Foster, J. H. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission / J. H. Foster, E. J. Marshall, T. J. Peters // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2000. – Vol. 24. – № 11. – P. 1687–1692.

12. Kraemer, K. L. Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences / K. L. Kraemer [et al] // J. Gen. Intern. Med. – 2002. – Vol. 17. – № 5. – P. 382–386.

13. Polak, K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome / K. Polak // Psychiatr. Pol. – 2001. – Vol. 35. – № 6. – P. 1057–1070.

14. Ruggeri, M. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach / M. Ruggeri [et al] // British Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – P. 268–275.

15. Science & Practice Perspectives / K. Sorensen James [et al] // National Institute on Drug Abuse, USA. – 2002.

## РЕЗЮМЕ

Э. П. Станько, С. А. Игумнов, Д. Э. Станько, А. П. Гелда

**Качество жизни и социальное функционирование пациентов с опийной наркоманией с различным ВИЧ-статусом**

Установлены низкие показатели социального функционирования, физического и психологического компонентов здоровья пациентов с опийной наркоманией с различным ВИЧ-статусом, а также прямое и обратное влияние между параметрами субъективной (SF-36) и объективной (СФ) шкал исследования качества жизни и социального функционирования наркозависимых пациентов с различным ВИЧ-статусом.

**Ключевые слова:** опийная наркомания, ВИЧ, качество жизни, социальное функционирование.

**SUMMARY**

*E. P. Stanko, S. A. Igumnov, D. E. Stanko, A. P. Helda*

**Social functioning and quality of life of patients with opiate addiction and with different HIV status**

Low indices of social functioning, physical and psychological components of the health of patients with opiate addiction with a

different HIV status, as well as direct and inverse effect between the parameters of subjective (SF-36) and objective (SF) scales on survey of quality of life and social functioning on drug addicts with different HIV status have been found.

**Key words:** opiate addiction, HIV, quality of life, social functioning.

© Ж. И. Трафимчик, А. О. Болбасов, 2011 г.  
УДК 316:687.016

**Ж. И. Трафимчик, А. О. Болбасов**

**КОМПЬЮТЕРНАЯ АДДИКЦИЯ  
У МОЛОДЕЖИ: СПЕЦИФИКА  
И ПРОФИЛАКТИКА**

Белорусский государственный университет, Минск

**ВВЕДЕНИЕ**

Аддиктивное (зависимое) поведение рассматривается в качестве одной из форм деструктивного поведения, которое выражается в стремлении к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активных видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций [4]. Современный мир сталкивается со все новыми разновидностями аддиктивного поведения личности, а именно – гемблинг, гаджет, кибераддикция и зависимость от компьютерных игр, или игровая компьютерная аддикция. В последние годы, в связи с развитием информационных технологий и рынка компьютерных игр, проблема изучения их влияния на психику человека становится весьма актуальной. На сегодняшний день игровая компьютерная аддикция определяется большинством исследователей (Е. В. Змановская, М. С. Иванов, Е. А. Репринцева и др.) как форма психологической зависимости [1–3]. В нашем исследовании мы подробнее остановимся на изучении феномена игровой компьютерной зависимости, так как пока отсутствует полная картина понимания причин возникновения и последствий влияния игровой компьютерной зависимости на личность игроков.

**Цель** исследования: в рамках проведенного нами исследования (при поддержке БРФФИ ГР № Г11М-111) изучение особенностей Я-концепции, отражающей особенности социализации, систему отношений к себе и внешнему миру и ее структурно-содержательных характеристик у лиц с игровой компьютерной зависимостью, является важным аспектом с точки зрения определения предмета психологического воздействия с целью дальнейшей профилактики и коррекции игровой компьютерной зависимости.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В исследовании приняли участие 348 молодых людей в возрасте 16–25 лет. Использовались следующие методы: тест Т. А. Никитиной, А. Ю. Егорова для определения игровой компьютерной зависимости; авторский опросник «Методика исследования Я-концепции», методика диагностики межличностных отношений Т. Лири, Г. Лефожа, Р. Сазека.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ  
И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

На первом этапе исследования с помощью теста Т. А. Никитиной, А. Ю. Егорова была выявлена выраженная компьютерная зависимость у 15% испытуемых. На втором этапе эмпирического исследования с помощью авторского опросника «Методика исследования Я-концепции» было проведено изучение следующих структурно-содержательных особенностей Я-концепции молодых людей с выраженной игровой компьютерной зависимостью: изучение «горизонтального» среза Я-концепции, в частности, таких образов, как Я как социальный, семейный, физический и телесный, морально-этический и религиозно-нравственный. Также с помощью указанного авторского опросника было проведено изучение «вертикального» среза Я-концепции, а именно – когнитивного, оценочного и поведенческого компонентов в общей структуре Я-концепции личности. С помощью методики диагностики межличностных отношений Т. Лири, Г. Лефожа, Р. Сазека было проведено изучение образов реального и идеального Я, а также сделана попытка выявить и изучить новый образ Я-концепции – Я-виртуальное.

Я-концепция юношей с выраженной игровой компьютерной зависимостью существенно отличалась от Я-концепции юношей, не зависящих от компьютерных игр содержательно и по ряду структурных особенностей.

Анализ содержательной части Я-концепции отразил наличие у них низкого уровня самооценки и самоуважения, ригидности Я-концепции и отсутствие продуктивных поведенческих реакций с целью самосовершенствования и личностного роста; внутриличностной конфликтности, тревожности и чувства одиночества, низкой самоуверенности, отсутствие выраженного чувства симпатии к себе и ценности собственной личности, а также предполагаемой ценности собственного Я для других; трудностей в установлении межличностных контактов, социальной изолированности и неловкости, отсутствие эмоциональ-

ного тепла и поддержки со стороны своей семьи, а также трудностей в соответствии собственного поведения и деятельности морально-нравственным законам и принципам, принятым в обществе.

Анализ структурных элементов Я-концепции юношей показал наличие незначительной представленности в Я-концепции самохарактеристик, отражающих социальный, семейный и морально-этический аспекты Я; незначительной представленности эмоционального и поведенческого компонентов в общей структуре Я-концепции личности; значительной представленности нового образа Я-виртуальное в структуре целостной Я-концепции, характеризующегося гипервыраженностью противоположных реально присущим индивидуально-личностным свойствам доминантных, агрессивных и независимых черт поведения в виртуальной реальности компьютерной игры; значительных рассогласований между образами реального и идеального Я, реального и виртуального Я, а также виртуального и идеального Я в структуре целостной Я-концепции юношей. Образ Я-реальное характеризуется преобладанием конформных установок, конгруэнтности в контактах с окружающими, неуверенности в себе, податливости мнению окружающих, склонности к компромиссам; образ Я-идеальное значительно отличается от образа реального Я и характеризуется большей независимостью собственного мнения, упорством в отстаивании собственной точки зрения, тенденцией к лидерству.

К таким факторам, были отнесены неудовлетворенность собой как социальным субъектом, ощущение социальной изолированности, отчужденности и неловкости, трудности в установлении межличностных контактов; присутствие чувства отчужденности и разочарованности существующими отношениями внутри семьи и собой как членом данной семьи; внутренняя конфликтность, обусловленная рассогласованностью реальных и идеальных самопредставлений; низкий уровень ощущения ценности собственной личности, самооценки и самоуважения, а также показателя целостной Я-концепции, ригидность Я-концепции; преобладание конформных установок, конгруэнтности в контактах с окружающими, неуверенности в себе, податливости мнению окружающих людей; присутствие чувства одиночества и тревожности в реальной жизни и прямо пропорциональное доминирование ощущения азарта, расслабления, радости и эйфории в виртуальной реальности компьютерной игры; использование механизма психологической защиты по типу регрессии посредством ухода от реалистического мышления в виртуальную реальность компьютерной игры с целью уменьшения тревоги и получения положительных эмоций радости, эйфории и расслабления.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в ходе эмпирического исследования результаты позволили нам выявить факторы, способствующие

шие формированию и развитию игровой компьютерной зависимости, которые могут быть положены в основу профилактической работы среди молодежи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Змановская, Е. В. Психология девиантного поведения: структурно-динамический подход / Е. В. Змановская. – СПб.: Санкт-Петербург. ун-т МВД России, 2005. – 274 с.
2. Иванов, М. С. Психологические аспекты негативного влияния игровой компьютерной зависимости на личность человека / М. С. Иванов // Психология зависимости: хрестоматия / сост. К. В. Сельченко. – Минск: Харвест, 2004. – С. 223–230.
3. Игровая аддикция школьников: природа, формы проявления, способы преодоления: сборник научных статей / под общей ред. Е. А. Репринцевой. – Курск: Курский гос. ун-т, 2008. – 159 с.
4. Короленко, Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц. П. Короленко // Обозрение психиатрии и мед. психол. – 1991. – № 1. – С. 8–15.

## РЕЗЮМЕ

*Ж. И. Трафимчик, А. О. Болбасов*

**Компьютерная аддикция у молодежи: специфика и профилактика**

Статья посвящена изучению структурно-содержательных характеристик Я-концепции молодых людей на этапе юношеского возраста, находящихся на стадии зависимости от компьютерных игр. Описывается интегративный подход к изучению и диагностике Я-концепции личности. Содержится информация об основных факторах, способствующих формированию и развитию игровой компьютерной зависимости у молодежи. В результате изучения Я-концепции лиц с игровой компьютерной зависимостью на этапе юношеского возраста было определено соотношение понятий «Я-реальное» и «Я-идеальное», уточнена их взаимосвязь в структуре личности. Представлены результаты эмпирического исследования нового образа Я-концепции личности с игровой компьютерной зависимостью – Я-виртуального. Полученные данные могут быть использованы в работе психологов, занимающихся профилактикой и коррекцией компьютерной аддикции у молодежи.

**Ключевые слова:** игровая компьютерная аддикция, компьютерная игра, Я-концепция.

## SUMMARY

*Z. I. Trafimchik, A. O. Bolbasov*

**Computer addiction among young people: specificity and prevention**

The paper deals with structural and substantial features of self-conception in young people with computer game addiction (CGA) during adolescence. Description is given to integrative approach to the study and diagnosis of self-conception of a personality. The paper contains information about the main factors contributing to formation and development of CGA. The study of self-concept in teenagers with CGA clarified correlation between the concepts of Ego-real and Ego-ideal and their interdependence in the structure of a personality. The paper presents the results of the empirical search for a new type of self-conception in people with CGA and that is Ego-virtual. The data obtained can be used in the work of psychologists in prevention and correction of computer addiction among young people.

**Key words:** computer game addiction, video game, self-conception.

© А. А. Тюрина, 2011 г.  
УДК 616.89-008.441.33

**А. А. Тюрина**

## ТЕРАПИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ РАЗЛИЧНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ФОРМАМИ НАЛТРЕКСОНА

Институт фармакологии имени А. В. Вальдмана; Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

### ВВЕДЕНИЕ

Одним из основных специфических лекарственных средств, применяемым в России для лечения героиновой наркомании, является налтрексон. Использование антагонистов опиоидных рецепторов обосновано механизмом их действия: они селективно конкурируют за рецепторы, блокируя их и предотвращая связывание агонистов, например, героина, или вытесняя их из комплекса «агонист – рецептор». Налтрексон является наиболее известным препаратом этой группы, используемым для стабилизации ремиссии при опиийной наркомании. Он имеет высокий аффинитет к мю-опиоидным рецепторам, принимается внутрь и не обладает психоактивными свойствами, что позволяет свести к минимуму риск злоупотребления [11]. Степень блокады рецепторов зависит от соотношения концентрации агониста и антагониста, а также от их аффинности к рецепторам. Одна поддерживающая доза налтрексона (50 мг) связывает опиоидные рецепторы головного мозга и блокирует действие любых опиатов в течение следующих 24 часов, он имеет простую схему приема (одна таблетка в день или по две таблетки через день), хорошо переносится (имеет сравнительно небольшое количество побочных эффектов) [10] и, кроме того, не вызывает эйфории, толерантности или зависимости.

Налтрексон в форме таблеток для приема внутрь был одобрен Управлением по пищевым продуктам и лекарственным средствам США (FDA) для лечения героиновой зависимости в 1984 г., а для лечения алкогольной зависимости – в 1994 г.

В Российской Федерации зарегистрированы три лекарственных формы налтрексона: капсулы для приема внутрь (Антаксон), порошок для приготовления суспензии для внутримышечного введения (Вивитрол) и таблетки для имплантации (Продектоксон). Указанные лекарственные формы отличаются, прежде всего, длительностью блокады опиоидных рецепторов. В связи с этим они имеют различные режимы назначения: ежедневно, ежемесячно и один раз в три месяца для энтеральной (пероральной), внутримышечной и имплантируемой форм соответственно. Результаты исследований различных форм налтрексона приведены ниже.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНОГО НАЛТРЕКСОНА

### Зарубежные исследования

Очевидно, что эффективность лечения налтрексоном зависит от соблюдения пациентом режима лечения и его готовности принимать лекарство ежедневно. Таким образом, основной проблемой, ограничивающей эффективность перорального налтрексона, является низкая приверженность к проводимой терапии и высокий уровень рецидивов после прекращения его приема [25]. Судя по результатам наиболее масштабного, охватывавшего многие учреждения исследования эффективности применения налтрексона по сравнению с плацебо, соблюдение режима является самым значимым аспектом этого метода лечения [5]. Весьма существенным был процент пациентов, которые прошли процедуру скрининга, однако не были рандомизированы по причине отзыва согласия на участие в исследовании или вследствие рецидива: из 735 человек, отобранных для участия, 543 не начали лечение; а из 192 начавших лечение намеченную девятимесячную программу завершили лишь 13 человек (7 из 60 человек в группе налтрексона и 6 из 64 человек в группе плацебо). Эта проблема является типичной для всех исследований результативности лечения налтрексоном [5]. В обзоре Т. К. Tucker и А. J. Ritter проанализированы результаты 11 исследований, направленных на изучение эффективности применения перорального налтрексона. Отмечена достаточно низкая приверженность пациентов к проводимой терапии. Так, в четырех исследованиях от общего числа включенных пациентов лечение начали от 3 до 49 % участников; в пяти других исследованиях от 23 до 58 % участников выбыли в течение первой недели, а в остальных четырех исследованиях от 39 до 74 % участников прекратили лечение к концу второй недели [29]. В то же время имеются данные, что у пациентов с высоким уровнем мотивации на лечение эффективность терапии налтрексоном может быть достаточно высокой. Например, по данным L. S. Brahen et al., показатель непрерывности лечения налтрексоном в программе освобождения заключенных из-под стражи на время работы составил 75 % [5].

В рамках другого исследования шестимесячный курс налтрексоновой терапии успешно завершили 61 % руководящих работников коммерческих структур и 74 % врачей [31]. В нескольких исследованиях, проведенных в США, было продемонстрировано положительное влияние психосоциальной и поведенческой терапии. В двух из них, терапия налтрексоном была эффективна в сочетании с материальным подкреплением [7, 23]. В других был показан позитивный результат комбинации налтрексона с индивидуальной [25] и групповой [26] психотерапией. Однако в работах, посвященных исследованию поведенческой терапии, в частности, поощрения отрицательных анализов мочи на наличие наркотиков, эффективность была низкой [27]. Это, по мнению E. V. Nunes et al. [22] может быть примером наличия порога, после которого поведенческие интервенции не оказывают существенно-

го влияния на приверженность терапии налтрексоном. Согласно выводу обзора налтрексона U. Kirchmayer et al., имеющиеся результаты исследований не позволяют прийти к окончательному заключению относительно целесообразности поддерживающего лечения налтрексоном, однако полученные данные свидетельствуют о том, что этот терапевтический подход приемлем для пациентов с твердой установкой на лечение [12].

#### **Исследования пероральной формы налтрексона, проведенные в России**

В последнем руководстве ВОЗ по фармакотерапии опиоидной зависимости говорится, что в ограниченном числе исследований было показана эффективность перорального налтрексона. Так, пациенты, принимавшие налтрексон, реже употребляли героин и занимались криминальной деятельностью, чем пациенты, не принимавшие данный препарат, однако процент участников, соблюдающих режим терапии, был очень низок [8]. Вместе с тем недавнее исследование эффективности налтрексона для лечения опиоидной зависимости, проведенное в Санкт-Петербурге, убедительно продемонстрировало, что культурологические особенности (возраст наркозависимых, доступность определенного вида терапии) также могут влиять на эффективность терапии пероральным налтрексоном, и в России, в частности, налтрексон более эффективен.

В конце 90-х в России было проведено первое сравнительно небольшое (52 участника) двойное слепое плацебоконтролируемое рандомизированное клиническое исследование налтрексона для лечения опиоидной зависимости [16]. В то время Россия столкнулась с быстро растущей эпидемией ВИЧ-инфекции и героиновой наркоманией. Лечение опиоидной зависимости заключалось в детоксикации и последующей реабилитации, направленной на воздержание от употребления наркотиков, но процент рецидивов был очень высок. Было выдвинуто предположение, что налтрексон может быть эффективным средством фармакотерапии в России, так как пациенты, страдающие героиновой наркоманией, в большинстве своем молодые люди, проживающие с родителями, которые чаще всего и являются инициаторами лечения и могут ежедневно контролировать прием налтрексона. Кроме того, героиновая зависимость, как правило, не сопровождается приемом других наркотиков.

Таким образом, налтрексон является подходящим средством для лечения данного заболевания. Упомянутое выше пилотное исследование оценивало эффективность налтрексона для предотвращения рецидива у пациентов с героиновой зависимостью, а также его эффективность для снижения риска распространения ВИЧ в России. Статистически значимые различия между группами по удержанию в программе и количеству рецидивов были выявлены начиная с первого месяца и сохранялись на протяжении всего исследования. К концу шестого месяца 12 из 27 пациентов, получавших налтрексон (44,4%), воздерживались от систематического употребления опиатов по

сравнению с 4 пациентами из 25 в группе плацебо (16%) ( $p < 0,05$ ). Среди участников, оставшихся в исследовании, комплаенс с приемом исследуемого препарата был достаточно высок (85–95%), возможно, вследствие контроля со стороны родственников. Среди пациентов, приверженных лечению, наблюдалось снижение рискованного поведения, уменьшение потребления алкоголя, уменьшение проявлений тревоги, депрессии, ангедонии, а также общее улучшение функционирования. При этом различий между исследуемыми группами выявлено не было. Однако процент пациентов, удерживающихся в программе лечения, был достоверно выше в группе, получавшей налтрексон.

Данная работа показала, что в России существуют культурологические особенности, определяющие более высокий уровень приверженности к проводимой терапии по сравнению с США [16]. Так как инъекционный путь распространения ВИЧ-инфекции в России является основным, то использование налтрексона представляется целесообразным для улучшения результатов лечения, а также для замедления распространения ВИЧ.

#### **Налтрексон в сочетании с психоактивными лекарственными средствами**

##### *Налтрексон в комбинации с антидепрессантами*

Несмотря на эффективность применения налтрексона для лечения опиоидной зависимости, налтрексон не оказывал достоверного влияния на такие симптомы, как депрессия, тревога и ангедония, обычно связанные с отсроченными проявлениями абстинентного синдрома после детоксикации. Вероятно, развитие этих симптомов и приводит к увеличению риска рецидива и прекращению терапии. Было отмечено, что, учитывая выраженность депрессивной симптоматики в постабстинентном периоде, целесообразно применение антидепрессантов [3].

Было осуществлено несколько проектов, в которых изучалось применение налтрексона в сочетании с терапией антидепрессантами. Так, например, в работе M. A. Landabaso et al. было продемонстрировано, что комбинация налтрексона и флуоксетина (в дозировке 20 мг/сутки) обеспечивает достоверно более длительное удержание в программе лечения по сравнению с монотерапией налтрексоном [21]. В Иране было проведено исследование, в котором сравнивались две группы пациентов. Одна группа получала терапию налтрексоном в сочетании с кломипрамином (в дозе 50 мг/сутки), а другая группа получала налтрексон с флуоксетином (в дозе 50 мг/сутки). Результаты исследования показали, что флуоксетин и кломипрамин эффективны в равной степени для лечения постабстинентных аффективных расстройств [6].

В России проведено исследование, целью которого было изучение эффективности антидепрессанта флуоксетина в сочетании с налтрексоном и без него [14]. В более ранних работах было показано, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС, циталопрам) способны уменьшать проявления постабстинентного синдрома.



нентного синдрома и, в частности, тревогу и депрессию, однако эти средства не предотвращают возврат пациента к употреблению наркотиков [15]. В связи с этим было выдвинуто предположение, что сочетание налтрексона с СИОЗС поможет повысить приверженность пациентов к терапии налтрексоном, а также блокировать депрессивные симптомы, вызванные постабстинентным синдромом. В данное исследование были включены 280 пациентов с диагнозом «героиновая наркомания», прошедших детоксикацию в наркологических стационарах Санкт-Петербурга. Все участники были рандомизированы в одну из четырех исследуемых групп (по 70 человек в каждой): налтрексон (Н, 50 мг ежедневно) + флуоксетин (Ф, 20 мг ежедневно); налтрексон + флуоксетин плацебо (ФП); налтрексон плацебо (НП) + флуоксетин; и налтрексон плацебо + флуоксетин плацебо. В качестве первичной переменной был выбран рецидив опиатной (героиновой) зависимости. Детальная психометрическая оценка проводилась через 3 и 6 месяцев с момента рандомизации.

К концу шестого месяца исследования 43% участников из группы Н+Ф продолжали лечение и оставались в ремиссии, по сравнению с 36% в группе Н+ФП, 21% в группе НП+Ф и 10% в группе НП+ФП. В данном исследовании была подтверждена эффективность налтрексона по сравнению с плацебо для предотвращения рецидива у больных опиатной наркоманией в России. Кроме того, комбинация налтрексона и флуоксетина или монотерапия налтрексоном были более эффективны, чем монотерапия флуоксетином. Следует отметить тенденцию к большей эффективности комбинации налтрексона и флуоксетина по сравнению с монотерапией налтрексоном у женщин [14]. В целом антидепрессанты значительно не улучшали результаты терапии налтрексоном. Вместе с тем пероральная форма налтрексона хорошо переносилась и не вызывала серьезных побочных эффектов.

#### *Комбинированная терапия налтрексоном и альфа-2 адреномиметиками*

Небольшое пилотное исследование, проведенное на пациентах с опиоидной зависимостью (N=18), показало, что комбинация налтрексона и лофексидина (пресинаптического альфа-адреномиметика, обладающего антигипертензивным и стресс-протективным действием и способного уменьшать проявления опиатного абстинентного синдрома) способна улучшить результаты терапии налтрексоном [28]. Антигипертензивные средства и, в частности, лофексидин широко применяются в Великобритании и США для смягчения проявлений синдрома отмены опиатов. Пилотное исследование R. Sinha et al. [28] из Йельского университета продемонстрировало, что прием лофексидина пациентами, находящимися на поддерживающей терапии налтрексоном, способно предотвратить возврат к употреблению опиатов. 18 мужчин и женщин, прошедших детоксикацию и подписавших информированное согласие, получали терапию налтрексоном (50 мг) и лофексидином (2,4 мг) ежедневно в течение

1 месяца. В дальнейшем все пациенты продолжали получать налтрексон еще 4 недели, при этом 8 пациентов продолжали сочетанную терапию лофексидином, а 10 получили идентично выглядящее плацебо. Из 13 пациентов, закончивших исследование, у 80% участников из группы комбинированной терапии результат скрининга мочи на наличие наркотиков был отрицательным в течении 4 недель, аналогичный показатель в группе плацебо составил 25%. Последующая сессия, проведенная в лабораторных условиях с 10 пациентами, показала, что лофексидин, в отличие от плацебо, снижает реакцию на стимулы, ассоциированные с употреблением наркотиков или стрессовые стимулы, и уменьшает такие проявления, как стресс-индуцированная тяга к употреблению наркотиков и негативные эмоции, в частности, гнев, провоцирующие рецидив [28]. Однако полученные результаты можно считать предварительными ввиду небольшого количества участников.

В настоящий момент в Санкт-Петербурге завершилось большое (N = 300 пациентов с опиоидной зависимостью) рандомизированное, плацебоконтролируемое исследование с двойной маскировкой и четырехклеточным дизайном. Целью данного проекта было определение эффективности и безопасности комбинации налтрексона и гуанфацина (другого пресинаптического альфа-адреномиметика, используемого как антигипертензивное средство). Промежуточный анализ данных 244 пациентов показал, что гуанфацин достоверно не улучшал результаты терапии налтрексоном и не предотвращал развитие рецидива, вместе с тем окончательные выводы об эффективности данного препарата можно будет сделать после окончательного анализа данных всей когорты.

Таким образом, ни комбинация налтрексона с антидепрессантами, ни комбинация с альфа-2-адреномиметиками не приводят к достоверному улучшению результатов лечения. В связи с этим становится целесообразным исследование депо-форм налтрексона как потенциального решения проблемы низкой приверженности к проводимой терапии.

## ДЕПО-ФОРМЫ НАЛТРЕКСОНА

### **Имплантируемая форма налтрексона**

Существует четыре различные формы имплантируемого налтрексона: первая разработана компанией *Go Medical Industries*, Австралия; вторая создана при поддержке *Wedgewood Pharmacy*, Нью Джерси, США [30]; третий имплантат создан *Fidelity Capital*, Россия [1, 2, 4, 17]; в Интернет-ресурсах сообщается и о существовании четвертой формы имплантата налтрексона, разработанной компанией *Civil Life*, Китай. В настоящее время в РФ официально зарегистрирована только российская форма имплантата налтрексона (продетоксон).

Клиническая эффективность лекарственной формы налтрексона пролонгированного действия в виде имплантата для лечения опиоидной зависимости достаточно хорошо изучена. В частности, A. S. Reese [24] et al. провели ретроспективный сравнительный анализ опыта примене-

ния имплантата из США, австралийского имплантата и перорального налтрексона (так называемая «историческая» контрольная группа). Основным параметром оценки было выбрано воздержание от употребления опиатов, которое составило 82% в группе, получавшей австралийский имплантат, 58% в группе, получавшей имплантат из США, и 52% в контрольной группе перорального налтрексона. У данного исследования существует несколько ограничений, в частности, оно не было рандомизированным, была использована «историческая» контрольная группа, информация о пациентах которой собиралась из историй болезни, и, наконец, ограниченное число участников в группе австралийского имплантата не позволило выявить достоверные различия между двумя формами имплантируемого налтрексона.

В недавнем шестимесячном двойном слепом рандомизированном плацебоконтролируемом клиническом исследовании было проведено сравнение эффективности перорального налтрексона с имплантатом налтрексона из Австралии (в дозировке 2,3 г). Семьдесят больных опиоидной наркоманией были разделены на две группы: первая получала налтрексон в таблетках и плацебо-имплантат, а больные второй – имплантат налтрексона и таблетки плацебо. Было показано, что в группе перорального налтрексона больные раньше возвращались к регулярному употреблению героина (медиана/SE 115/12 дней), чем в группе имплантата налтрексона (медиана/SE 158/9,4 дня,  $p < 0,003$ ) [9]. Ограничением данного исследования явилось небольшое количество участников в группе (35 в каждой) и отсутствие группы двойного плацебо (как перорального, так и имплантируемого).

Авторы из Норвегии также представили результаты открытого исследования, сравнивающего эффективность имплантата налтрексона, произведенного в Австралии, с традиционными подходами к лечению наркоманий в Норвегии [19]. 56 больных с зависимостью от опиатов были случайным образом распределены (рандомизированы) в одну из двух групп: группу, получающую лечение имплантатом налтрексона в течение 6 месяцев, и группу, получающую один из видов стандартной терапии (амбулаторное консультирование, возможность участия в норвежских программах противорецидивной заместительной терапии, повторная госпитализация для детоксикации). Показано, что, по сравнению с группой стандартной терапии, у пациентов, получавших имплантат налтрексона, количество дней употребления опиатов было достоверно меньше. Основным ограничением данного исследования явилось отсутствие маскировки (т. е. двойного слепого дизайна), так как этот фактор мог оказать существенное влияние на полученные результаты.

Последняя работа исследователей из Норвегии [20] была посвящена изучению влияния длительности терапии налтрексоном-имплантом на такие показатели, как частота употребления наркотиков, психическое здоровье и социальные проблемы. Пациентам ( $N=61$  человек) была произведена имплантация налтрексона, длительность действия которого составляла 6 месяцев. В дальнейшем всем

участникам была предложена повторная имплантация. При этом только 51% участников согласились на эту процедуру, 21% хотели согласиться, но передумали, и 28% пациентов категорически отказались. Полученные результаты показали, что у пациентов, продолживших лечение, наблюдалось более низкая криминальная активность, а также более редкое употребление наркотиков по сравнению с пациентами, отказавшимися от повторной имплантации [20].

Большое исследование ( $N=306$ ) по изучению российского имплантата (Продетоксона) было проведено Е. М. Крупицким и др. [13]. Анализ полученных данных продемонстрировал высокую эффективность продетоксона. В частности, подсчет балла эффективности терапии выявил существенное превосходство группы имплантата налтрексона над двумя остальными (пероральный налтрексон и двойное плацебо). Анализ выживаемости также показал статистически более длительное удержание в программе лечения (т. е. в ремиссии) участников из группы имплантата налтрексона: к концу шестого месяца исследования 53% больных в группе имплантата налтрексона находились в ремиссии, по сравнению с 16% из группы перорального налтрексона и 11% из группы двойного плацебо ( $p < 0,01$ ).

Необходимо отметить, что у налтрексона-имплантата есть несколько недостатков. Во-первых, процедура имплантации – это малое хирургическое вмешательство, опасное развитием раневой инфекции и косметическим дефектом. Во-вторых, при желании пациент может самостоятельно удалить имплантат в первые несколько недель после имплантации. Продетоксон высвобождается постепенно, поэтому в первые недели капсула вещества остается практически интактной. В-третьих, у некоторых (менее 10%) пациентов эффект препарата длится менее 2 месяцев. Учитывая все вышесказанное, инъекционная форма налтрексона имеет существенное преимущество – это простота применения, достаточно одной инъекции и не требуется хирургического вмешательства.

#### Инъекционная форма налтрексона

Существуют три инъекционные формы налтрексона длительного высвобождения, разработанные в конце 1990-х – начале 2000-х гг.: вивитрол (Vivitrol) (разработан компанией *Alkermes*, США), депотрекс (Depotrex) (разработан компанией *Biotech*, США) и налтрел (Naltrel) (разработан компанией *Drug Abuse Science*, США) [30]. На сегодняшний день на рынке имеется только один из них – вивитрол.

Большое исследование эффективности вивитрола ( $N=250$  человек) для предотвращения рецидива опиоидной зависимости проводилось в России компанией *Alkermes*. Целью проекта было оценить эффективность и безопасности инъекционной формы налтрексона по сравнению с плацебо у пациентов с опиоидной зависимостью. Участники были рандомизированы в одну из двух исследуемых групп и получали ежемесячно инъекции плацебо или инъекции Вивитрола в дозе 380 мг в сочетании с сеансами индивидуального консультирования в те

чение 6 месяцев. Результаты данного исследования показали, что количество отрицательных анализов мочи на наличие опиатов было достоверно выше у пациентов, ежемесячно получавших вивитрол, по сравнению с пациентами, получавшими плацебо. Данные, полученные с помощью intent-to-treat-анализа, позволили установить, что медиана процента участников с отрицательным анализом мочи на наличие опиатов в группе вивитрола составила 90%, что почти в три раза выше, чем в контрольной группе ( $p < 0,0002$ ). Согласно протоколу исследования, этот показатель является основным критерием эффективности инъекционного налтрексона длительного действия. Дополнительные показатели также убедительно подтвердили высокую эффективность вивитрола. Среди больных, получавших вивитрол, значительно большая часть завершила программу лечения (67 человек, или 53%) в сравнении с плацебо (47 больных, 38%;  $p = 0,017$ ). Частота восстановления физической зависимости от опиатов, диагностируемая с помощью налоксоновой пробы, в группе вивитрола была существенно меньшей, чем в плацебо ( $p < 0,0001$ ). Кроме того, вивитрол обуславливал быстрое и статистически значимое купирование интенсивности патологического влечения к опиатам, которое на протяжении 8–24 недель терапии оставалось достоверно ниже, чем в плацебо [18].

Следует упомянуть о возможности развития специфических для инъекционной формы налтрексона побочных эффектов – реакции тканей в месте введения препарата (уплотнение, покраснение, болезненность) [18].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Депо-формы налтрексона существенно превосходят по эффективности плацебо и пероральную форму при противорецидивной терапии зависимости от опиатов и хорошо переносятся.

Необходимо отметить высокую эффективность российского имплантата (продетоксон) и австралийского пролонга налтрексона, показанную в доказательных научных исследованиях. Положительные результаты, полученные в российских исследованиях, возможно, связаны с двумя культурологическими особенностями. Во-первых, в России наркозависимые зачастую проживают с родителями, и они могут контролировать ежедневный прием таблетированного препарата, однако с увеличением возраста пациентов возможности контроля значительно снижаются. Во-вторых, опиоидные антагонисты – это единственные средства фармакотерапии, одобренные в России, что упрощает процесс набора пациентов.

Рассматривая перспективы исследований в данном направлении, следует отметить, что, как видно из настоящего обзора, пролонгам налтрексона было посвящено немало работ, однако многие вопросы еще остаются открытыми и требуют клинических исследований. В частности, сравнительное изучение инъекционной и пероральной форм налтрексона до сих пор не проводилось, равно как отсутствуют сравнительные исследования им-

плантируемой и инъекционной форм. Не проводилось также корректных сравнительных исследований лекарственных форм имплантатов налтрексона разных производителей, использующих различные технологии пролонгации (замедленного высвобождения). Все это остается актуальными задачами будущих научных исследований.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Бойко, Е. О.* Опыт длительного использования продетоксона в терапии больных с зависимостью от опиатов / Е. О. Бойко // Наркология. – 2007. – № 3. – С. 21–24.
2. *Иванец, Н. Н.* Новая пролонгированная лекарственная форма налтрексона «Продетоксон, таблетки для имплантации» в комплексной терапии больных с зависимостью от опиатов / Н. Н. Иванец, И. П. Анохина, М. А. Винникова // Вопросы наркол. – 2005. – № 2. – С. 1.
3. *Иванец, Н. Н.* Сравнительное изучение эффективности леривона и амитриптилина в терапии патологического влечения к алкоголю / Н. Н. Иванец [и др.] // Вопросы наркол. – 1996. – № 1. – С. 42–48.
4. *Крупницкий, Е. М.* Случай преодоления блокады имплантата пролонга налтрексона (продетоксона) больным опиоидной наркоманией / Е. М. Крупницкий [и др.] // Вопросы наркол. – 2007. – № 1. – С. 57–59.
5. Материалы по вопросам лечения наркомании «Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных» / ООН. – Нью-Йорк, 2003.
6. *Abdollahian, E.* Study of the efficacy of fluoxetine and clomipramine in the treatment of premature ejaculation after opioid detoxification / E. Abdollahian [et al] // Am. J. Addict. – 2006. – № 15 (1). – P. 100–104.
7. *Carroll, K. M.* Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: efficacy of contingency management and significant other involvement / K. M. Carroll [et al] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – № 58. – P. 755–761.
8. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence / World Health Organization. – 2009. – № 111.
9. *Hulse, G. K.* Improving clinical outcomes in treating heroin dependence / G. K. Hulse [et al] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2009. – Vol. 66. – P. 1108–1115.
10. *Judson, B. A.* Naltrexone treatment of heroin addiction: efficacy and safety in a double-blind dosage comparison / B. A. Judson // Drug Alcohol Depend. – 1981. – Vol. 7. – P. 325–346.
11. *Kleber, H. D.* Pharmacologic treatments for opioid dependence: detoxification and maintenance options / H. D. Kleber // Dialogs in Clinical Neurosciences. – 2007. – № 9. – P. 455–470.
12. *Kirchmayer, U.* Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence / U. Kirchmayer, M. Davoli, A. Verster // The Cochrane Library. – 2002. – Is. 3.
13. *Krupitsky, E. M.* Long acting naltrexone implants for heroin dependence / E. M. Krupitsky, E. E. Zvartau, G. Woody // Eur. Neuropharmacol. – 2009. – Vol. 19. – P. 192.
14. *Krupitsky, E. M.* Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St. Petersburg, Russia / E. M. Krupitsky // J. Subst. Abuse Treat. – 2006. – № 31. – P. 319–328.
15. *Krupitsky, E. M.* Effects of citalopram treatment of protracted withdrawal (syndrome of anhedonia) in patients with heroin addiction / E. M. Krupitsky [et al] // Addictive Disorders and Their Treatment. – 2002. – P. 29–33.
16. *Krupitsky, E. M.* Naltrexone for heroin dependence treatment in St. Petersburg, Russia / E. M. Krupitsky [et al] // J. Subst. Abuse Treat. – 2004. – № 26. – P. 285–294.
17. *Krupitsky, E. M.* Long-acting formulations of naltrexone for heroin dependence: a review / E. M. Krupitsky, E. A. Blokhina // Current Opinion in Psychiatry. – 2010. – Vol. 23. – P. 210–214.

18. *Krupitsky, E.* Injectable extended-release naltrexone for opioid dependence : a double-blind, placebo-controlled, multicentre randomised trial / E. Krupitsky // *Lancet*. – 2011. – № 377 (9776). – P. 1506–1513.

19. *Kunoe, N.* Naltrexone implants after in-patient treatment for opioid dependence : randomized controlled trial / N. Kunoe // *Br. J. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 194. – P. 541–546.

20. *Kunoe, N.* Retention in naltrexone implant treatment for opioid dependence / N. Kunoe [et al] // *Drug Alcohol Depend.* – 2010.

21. *Landabaso, M. A.* A randomized trial of adding fluoxetine to a naltrexone treatment programme for heroin addicts / M. A. Landabaso // *Addiction*. – 1998. – № 93 (5). – P. 739–744.

22. *Nunes, E. V.* Behavioral therapy to augment oral naltrexone for opioid dependence : a ceiling on effectiveness? / T. V. Nunes [et al] // *Am. J. Drug. Alcohol Abuse*. – 2006. – № 32. – P. 503–517.

23. *Preston, K. L.* Improvement in naltrexone treatment compliance with contingency management / K. L. Preston [et al] // *Drug Alcohol Depend.* – 1999. – № 54. – P. 127–135.

24. *Reece, A. S.* Psychosocial and treatment correlates of opiate free success in a clinical review of a naltrexone implant program / A. S. Reece // *Subst. Abuse Treat. Prev Policy*. – 2007. – Vol. 2. – P. 35.

25. *Rounsaville, B. J.* Can psychotherapy rescue naltrexone treatment of opioid addiction? / B. J. Rounsaville // *NIDA Res. Monogr.* – 1995. – Vol. 150. – P. 37–52.

26. *Roth, A.* Naltrexone plus group therapy for the treatment of opiate-abusing health-care professionals / A. Roth, I. Hogan, C. Farren // *J. Subst. Abuse Treat.* – 1997. – № 14. – P. 19–22.

27. *Rothenberg, J. L.* Behavioral naltrexone therapy : an integrated treatment for opiate dependence / J. L. Rothenberg [et al] // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2002. – № 23. – P. 351–360.

28. *Sinha, R.* Effects of lofexidine on stress-induced and cue-induced opioid craving and opioid abstinence rates : preliminary findings / R. Sinha [et al] // *Psychopharmacology*. – 2007. – № 190. – P. 569–574.

29. *Tucker, T. K.* Naltrexone in the treatment of heroin dependence : a literature review / T. K. Tucker, A. J. Ritter // *Drug and Alcohol Review*. – 2000. – Vol. 19. – № 1. – P. 73–82.

30. *Volpicelli, R. G.* Sustained-release naltrexone formulations for the treatment of alcohol and opioid dependence / R. G. Volpicelli, M. Fenton // *Future Neurol.* – 2006. – Vol. 1. – P. 389–398.

31. *Washton, A. M.* Naltrexone in addicted business executives and physicians / A. M. Washton, A. C. Pottash, M. S. Gold // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1984. – Vol. 45. – № 9. – P. 39–41.

## РЕЗЮМЕ

А. А. Тюрина

### Терапия опиоидной наркомании различными лекарственными формами налтрексона

Обзор посвящен изучению применения различных лекарственных форм антагониста опиоидных рецепторов налтрексона для стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов опиоидной наркомании. Описаны эффективность и безопасность исследуемых лекарственных средств, их достоинства и недостатки. В данной обзорной статье рассмотрены как зарубежные, так и отечественные исследования, проводившиеся в этом направлении более чем за десятилетний период. В этих работах убедительно продемонстрировано, что депотформы налтрексона существенно превосходят по эффективности пероральную форму и соответствующие плацебо при лечении опиоидной наркомании. Хотя количество публикаций, посвященных терапии зависимости от опиатов различными формами налтрексона, достаточно велико, целый ряд работ не вполне соответствует требованиям доказательной медицины. Тем не менее высокая эффективность российского имплантата (продетоксона) и австралийского пролонга налтрексона, показана в строгих научных исследованиях.

**Ключевые слова:** налтрексон, пролонгированные формы, опиоидная зависимость.

## SUMMARY

A. A. Tyurina

### The treatment of heroin dependence by different formulations of naltrexone

The review is devoted to the study of various medicinal forms of competitive opioid antagonist naltrexone for remission stabilization and prevention of opioid addiction relapse. We describe efficacy and safety of the medicinal products under investigation, their advantages and disadvantages. The paper touches upon investigations carried out by home and foreign scientists for more than a decade. These works clearly demonstrate that the depot forms of naltrexone are more effective than the oral form and the placebo in the treatment for opiate addiction. Although the number of publications on opiate dependence treatment with various forms of naltrexone is large enough, some of them do not quite meet the requirements of evidence-based medicine. Nevertheless, the high efficiency of the Russian implant (prodetokson) and Australian implant formulation of naltrexone, has been mentioned in serious investigations.

**Key words:** naltrexone, long acting sustained release formulations, heroin dependence.

© Коллектив авторов, 2011 г.  
УДК 616.89-008.454-039.57(471.316)

Н. В. Яльцева, Н. И. Коршунов,  
Е. А. Григорьева, Ю. С. Филатова,  
Е. В. Речкина

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА ЯРОСЛАВЛЯ

Ярославская государственная медицинская академия

## ВВЕДЕНИЕ

Масштаб проблем психического здоровья требует существенного изменения в организации соответствующей консультативной и лечебной помощи [1, 6–12], с развитием новых ее форм, выходящих за рамки традиционной специализированной психиатрической службы, и с объединением усилий различных специалистов – психиатров, терапевтов, ревматологов, кардиологов, неврологов, а также психологов и социальных работников [3, 5]. При изменении системы помощи больным, страдающим депрессивными расстройствами, лечение может осуществляться в медицинских учреждениях общего типа [4, 7, 8].

**Цель исследования** – выявление лиц с депрессивными расстройствами среди пациентов, обратившихся за

Таблица 1

Структура терапевтической заболеваемости у пациентов с риском расстройств депрессивного спектра

Диагноз	18 30 лет		31 40 лет		41 55 лет		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Заболевания системы кровообращения	19	2,4	47	6,0	112	14,4	178	22,8
Заболевания органов дыхания	53	6,8	67	8,6	107	13,8	227	29,2
Заболевания органов пищеварения	26	3,3	23	3,0	24	3,1	73	9,4
Заболевания костно-мышечной системы	9	1,2	35	4,5	105	13,5	149	19,2
Прочие, в том числе эндокринные	29	3,7	49	6,3	73	9,4	151	19,4
Итого	136	17,5	221	28,4	421	54,1	778	100

помощью к участковому терапевту, и определение особенностей депрессий, степени тяжести депрессий у соматических больных в соответствии с МКБ-10.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено в несколько этапов. На первом этапе осуществлялся скрининг (анкета разработана в Московском НИИ психиатрии Минздрава России [4]) всех пациентов 18–55 лет, обратившихся к терапевту районной поликлиники для выявления частоты риска депрессивных расстройств (всего 1540 человек). На втором этапе всем пациентам с зарегистрированным терапевтом риском развития депрессивных расстройств по результатам скрининга (всего 778 человек) предлагали консультацию психиатра. Дальнейшую работу проводили только с больными, у которых депрессия была подтверждена психиатром (всего 29 человек). Кроме клинической оценки, заполнялась шкала депрессии Гамильтона (HDRS; 17 пунктов) и шкала тревоги Гамильтона (HARS; 14 пунктов).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 83,9% пациентов, ответивших положительно на вопросы скрининговой анкеты, первые три места по частоте положительных ответов заняли вопросы о болях и неприятных ощущениях в голове, других частях тела (62%), а также об ощущении слабости (58,5%) и нарушениях сна (46,4%). Преобладание данных симптомов в ответах больных закономерно: они являются общими как для соматических заболеваний, так и аффективных расстройств. Следует отметить, что первые два симптома (обычно интерпретируемые интернистами как обусловленные соматическим заболеванием) отметили более половины пациентов, прошедших скрининг. На 4-м месте оказался вопрос о чувстве беспокойства, напряженности (44%), на 5-м – о чувстве подавленности, угнетенности (30,6%). Последние, 6-е и 7-е места, распределились соответственно между снижением интереса к привычным занятиям (26,7%) и отсутствием удовольствия от ранее приятного (25,1%). Эти закономерности были характерны как для женщин, так и для мужчин. Для последней диагностической оценки отбирались пациенты, анкеты которых содержали положительные ответы не менее чем на три любых вопроса; на 4-й и 5-й вопросы одновременно; на 6-й вопрос (изолированно или в любой комбинации); на 7-й вопрос (изолированно или в любой комбинации). В свя-

зи с этим риск расстройств аффективного спектра констатировался у 778 (50,5%) посетителей поликлиники.

При анализе структуры заболеваемости по основным классам терапевтической патологии (табл. 1) получено следующее: у молодых лиц в возрасте до 30 лет доминировали заболевания органов дыхания и прочие (заболевания эндокринной системы, инфекции мочевых путей и др.); далее следуют болезни органов пищеварения, сопровождающиеся моторными и секреторными расстройствами. Заболевания опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани составляли лишь 1,2%. В структуре «терапевтической» заболеваемости лиц в возрасте от 31 года до 40 лет по-прежнему лидировали заболевания респираторного тракта. Доля болезней системы кровообращения и прочих несколько увеличилась за счет числа функциональных кардиологических состояний типа «нейроциркуляторная дистония», «миокардиодистрофия», которые преобладали в возрастной группе до 30 лет. Увеличилась также и доля заболеваний опорно-двигательного аппарата; параллельно увеличению числа этих болезней доля болезней органов пищеварения относительно снизилась.

Пациенты возрастной группы 41–55 лет составили более половины – 54,1%. В ее структуре доля больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата еще бо-

Таблица 2

Психические расстройства (МКБ-10), установленные психиатром у пациентов поликлиники, согласившихся на консультирование у психиатра

Диагностические категории МКБ-10	Шифр	n	%
Расстройство адаптации: смешанная тревожно-депрессивная реакция	F 43.22	71	24,0
Расстройство адаптации: пролонгированная депрессивная реакция	F 43.21	62	21,0
Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами	F 32.11	58	19,6
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	F 41.2	36	12,2
Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами	F 32.01	32	10,8
Органическое непсихотическое депрессивное расстройство	F 06.36	9	3,0
Рекуррентное депрессивное расстройство: текущий эпизод умеренной тяжести с соматическими симптомами	F 33.11	15	5,0
Другие реакции на тяжелый стресс	F 43.8	13	4,4
Всего		296	100

лее возрасла; практически каждый 4-й пациент страдал заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Из 778 пациентов с риском депрессивных расстройств согласились на консультацию у психиатра только 66,5%, что свидетельствует о существующем в нашем обществе страхе перед «ярлыком» психического расстройства, стигме психического заболевания. Из 517 больных, проконсультированных психиатром, депрессии выявлены у 57,3%. В 26,9% случаев диагноз «депрессивное расстройство» не подтвердился, у 15,9% больных имели место другие психические расстройства. Подавляющее большинство депрессий, рассматриваемых в данной работе, логично оценивать в рамках нарушений адаптации, связанных с довольно тяжелым соматическим заболеванием. Определялась четкая временная связь между началом заболевания или серьезным его обострением и возникновением депрессии с чувством неспособности справиться с возникшей ситуацией (45,0%; табл. 2). В рамках расстройств адаптации выявлены смешанные тревожно-депрессивные (24%) и пролонгированные (21%) депрессивные реакции умеренно выраженного астенического симптомокомплекса. Диагноз «умеренный» или «легкий депрессивный эпизод» констатировали в 30,4% случаев; еще у 5,0% пациентов отмечалось рекуррентное депрессивное расстройство.

Следовательно, в терапии антидепрессантами в условиях территориальной поликлиники нуждались 296 пациентов с депрессивными расстройствами, что составило 19,2% пациентов, пришедших на прием к участковому терапевту, и 38% больных с риском расстройств аффективного спектра.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Распространенность аффективных расстройств в условиях первичной медицинской сети приводит к значительным затруднениям в диагностике и терапии, диктует необходимость разработки новых подходов к оказанию медицинской помощи рассматриваемому контингенту больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001 // Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда / ВОЗ. – 2001.
2. Модели диагностики и терапии психических и поведенческих расстройств / под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича // Клин. рук-во. – М., 1999.
3. Краснов, В. Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» / В. Н. Краснов // Соц. и клин. психиатрия. – 1999. – № 9 (4). – 59 с.
4. Краснов, В. Н. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники: метод. реком. / В. Н. Краснов. – М.: Минздрав России, 2000.

5. Оганов, Р. Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р. Г. Оганов [и др.] // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48–54.

6. Iosifescu, D. V. Impact of medical comorbid disease on antidepressant treatment of major depressive disorder / D. V. Iosifescu, B. Bankier, M. Fava // Curr. Psychiatry Rep. – 2004. – № 6. – P. 193–201.

7. Regier, D. A. The de facto US mental and addictive disorders service system: epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services / D. A. Regier [et al.] // Arch. Gen. Psychiat. – 1993. – № 50. – P. 85–94.

8. Ritzwoller, D. P. The association of comorbidities, utilization and costs for patients identified with low back pain / D. P. Ritzwoller [et al.] // BMC Musculoskelet Disord. – 2006. – № 7. – P. 72.

9. Rosemann, T. The impact of concomitant depression on quality of life and health service utilisation in patients with osteoarthritis / T. Rosemann [et al.] // Rheumatol. Int. – 2007. – P. 23.

10. Simon, G. E. An international study of the relation between somatic symptoms and depression / G. E. Simon [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1999. – № 341. – P. 1329–1335.

11. Stein, M. B. Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective / M. B. Stein [et al.] // Psychol. Med. – 2006. – № 36. – P. 587–596.

12. World Health Organisation. The World Health Report. 1999. – Geneva: WHO, 1999.

## РЕЗЮМЕ

*Н. В. Яльцева, Н. И. Коршунов, Е. А. Григорьева, Ю. С. Филатова, Е. В. Речкина*

### Распространенность депрессивных расстройств у пациентов территориальной поликлиники города Ярославля

В территориальной поликлинике г. Ярославля проведено скрининговое исследование 1540 пациентов в возрасте 18–55 лет. У 50,5% из них был выявлен риск развития депрессивных расстройств. При этом 296 (57,3%) из них нуждались в терапии антидепрессантами, что составило 19,2% пациентов, пришедших на прием к участковому терапевту. Таким образом, масштаб проблем психического здоровья требует существенного изменения в организации консультативной и лечебной помощи в амбулаторных условиях.

**Ключевые слова:** первичная медицинская сеть, депрессия, тревога, аффективные расстройства, коморбидные расстройства, антидепрессанты.

## SUMMARY

*N. V. Yaltseva, N. I. Korshunov, E. A. Grigorieva, Y. S. Filatova, E. V. Rechkina*

### Prevalence of depressive disorders in patients of regional polyclinic of Yaroslavl

Screening of 1540 patients (at the age of 18–55 ys) was carried out in the regional polyclinic of Yaroslavl. Risk of depressive disorders was found in 778 (50.5%) patients. 296 of these patients (i. e. 19.2% of the patients who had visited the district polyclinic) were in need of antidepressant therapy. Thus, the scope of mental health problems requires a fundamental change in the organization of adequate advisory and medical care.

**Key words:** primary health care network, depression, anxiety, affective disorders, comorbidity, antidepressants.

© Коллектив авторов, 2011 г.  
УДК 612.82:612.015.1]-092.4

**Н. С. Щербак, Д. А. Овчинников,  
А. Н. Кузьменков, Е. Р. Баранцевич,  
В. В. Томсон, Е. В. Шляхто**

## **КЛЕТОЧНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ И АКТИВНОСТЬ ОКИСЛИ- ТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬ- НЫХ ФЕРМЕНТОВ В ОТДЕЛЬ- НЫХ СТРУКТУРАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЕСЧАНОК МОНГОЛЬ- СКИХ (*Meriones unguiculatus*)**

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова; Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В. А. Алмазова, Санкт-Петербург

### **ВВЕДЕНИЕ**

Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения являются актуальной проблемой современной медицины, одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения во всем мире. Разработка новых препаратов для фармакотерапии этих состояний является одной из активно развивающихся отраслей фармацевтики. Важным этапом внедрения новых лекарственных форм является их доклиническая апробация. Однако многие лекарственные препараты с доказанной в эксперименте цитопротективной активностью для защиты головного мозга от ишемического и реперфузионного повреждения нередко оказываются малоэффективными в клинической практике. Это может быть обусловлено рядом моментов, среди которых следует выделить неадекватность используемых моделей, нередко – явно недостаточное представление о физиологических и морфологических особенностях органов и систем используемого экспериментального животного, невозможность воспроизведения в полной мере в эксперименте патологических процессов, свойственных человеческому организму, и др.

Песчанки монгольские (*Meriones unguiculatus*) (далее – песчанки) в 1966 г. впервые были предложены в качестве объекта экспериментального исследования для моделирования ишемии головного мозга и с тех пор довольно активно используются зарубежными исследователями [10], в меньшей степени – отечественными [7]. Анатомической особенностью кровоснабжения головного мозга песчанок является незамкнутый виллизиев круг. Окклюзия общих сонных артерий головного мозга позволяет создавать обратимую ишемию переднего мозга, т. е. экспериментально воспроизводить ситуацию, близкую к клинической практике, в виде нарушения кровообращения головного мозга.

Несмотря на достаточно широкое использование песчанок в качестве объекта экспериментальных исследований, остаются не изученными некоторые особенности морфофункционального состояния ткани головного мозга, в частности, состояние ферментных систем нейронов и нейроглии, прежде всего, активности ключевых окислительно-восстановительных ферментов как наиболее уязвимого звена при ишемии головного мозга. Динамика активности указанных ферментов может служить достаточно чувствительным маркером состояния клеток в условиях нарушенного доступа кислорода.

Цель исследования – изучить распределение нейронов и оценить в них активность ключевых окислительно-восстановительных ферментов сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в коре и гиппокампе головного мозга песчанки монгольской (*Meriones unguiculatus*).

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Все эксперименты были проведены в соответствии с «Руководством по уходу и использованию лабораторных животных» (публикация Национального Института Здоровья, США № 85–23) и были одобрены локальным этическим комитетом. Исследование проводилось на песчанках-самцах массой 60–80 г (Ленинградский Зоологический парк, Санкт-Петербург), содержащихся в условиях 12/12-часового свето-темнового режима и получавших стандартный корм и воду *ad libitum*.

Животных первой группы (n=8) наркотизировали хлоралгидратом (450 мг/кг, внутривенно), извлекали мозг из полости черепа и нарезали на сегменты, используя фронтальную матрицу для головного мозга мелких грызунов (WPI США). Сегмент, содержащий зону гиппокампа, фиксировали 10%-м нейтральным формалином и заливали в парафин по общепринятой методике. Фронтальные срезы толщиной 7 мкм, соответствующие стереотаксическому атласу песчанки монгольской (bregma 1,5–1,9 mm) [11], для получения обзорной характеристики анатомических структур мозга окрашивали гематоксилин-эозином и по методу Ниссля. В гистологических образцах от каждого животного проводили морфометрию по-клеточно пирамидальных нейронов в полях CA1, CA2, CA3 и CA4 гиппокампа. Относительный объем клеток в 3-х слоях коры головного мозга: в наружном зернистом (слой II), в слое наружных пирамидальных нейронов (слой III), во внутреннем пирамидальном слое (слой V) на гистологических срезах определяли с помощью сетки по методу Вайбеля [13].

У животных второй группы (n=8) аналогичным образом, используя фронтальную матрицу для головного мозга мелких грызунов, выделяли сегменты головного мозга, содержащие гиппокамп, затем ступенчато замораживали через охлажденный изооктан в жидком азоте. С помощью криостата (при –20 °С) готовили срезы мозга во фронтальной плоскости толщиной 10 мкм, соответствующие стереотаксическому атласу песчанки (bregma 1,5–1,9 mm) [11] и выявляли стандартными гистоэнзимологи-

ческими методами с применением солей тетразолия [3, 5] активность двух окислительно-восстановительных ферментов сукцинатдегидрогеназы и лактатдегидрогеназы. Для выявления продукта реакции использовали растворы субстратов к ЛДГ – лактат Na (*Fluca*, Германия), к СДГ – сукцинат Na (*Fluca*, Германия). Оптическую плотность продуктов реакции в клетках головного мозга количественно в условных единицах определяли на цитоспектрофотометре плаг-методом при увеличении  $\times 280$ , площадь зонда –  $0,785 \text{ мкм}^2$ , длина волны –  $546 \text{ нм}$  [1, 3]. Активность ферментов оценивали в цитоплазме клеток пирамидального слоя полей СА1, СА2, СА3 и СА4 гиппокампа, а также в цитоплазме клеток 3-х слоев коры головного мозга: в слое II – наружном зернистом; в слое III – наружных пирамидальных нейронов; в слое V – внутреннем пирамидальном.

Результаты обрабатывались статистически, с вычислением средней арифметической, ошибки средней, дисперсии. Достоверность различий оценивали с помощью критерия Стьюдента, различия учитывались как достоверные при  $P < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Гистологическое исследование фронтальных срезов головного мозга песчанок монгольских *Meriones unguiculatus* показало, что у животных структура коры головного мозга и гиппокампа типична для головного мозга грызунов [4]. Цитоархитектоническое строение коры характеризуется наличием всех 6 слоев клеток, которые присущи всем млекопитающим. Морфометрический анализ слоя II – наружного зернистого – показал, что нейроны и клетки глиии занимали  $37,1 \pm 2,69\%$  объема, слой характеризовался наличием большого количества мелких и средних нейронов. Слой III – наружных пирамидальных нейронов – состоял в основном из пирамидальных нейронов средних размеров, все клетки составляли  $38,9 \pm 3,46\%$  от объема слоя. Объем клеток, составлявший слой V – внутренний пирамидальный – занимал  $39,4 \pm 3,58\%$  и был представлен в основном крупными и гигантскими ней-

ронами. Для изучаемой области коры головного мозга было характерно преимущественное развитие слоев I и V–VI и практически отсутствие слоя IV. Уровень нейронной дифференцировки был достаточно низок, что подтверждается данными других авторов при анализе цитоархитектоники коры головного мозга грызунов [4]. Известно, что в разных отделах и участках полушарий кора значительно варьирует по общей толщине и толщине составляющих ее слоев, количеству этих слоев и подслоев, числу, плотности и размерам нейронов [2]. Среди млекопитающих из разных отрядов отмечается очень высокая степень цитоархитектонической вариабельности одноименных полей. Это касается как площади полей, так и их границ и конфигурации, ширины отдельных слоев, плотности клеток [4]. Количественные данные о распределении клеток в трех слоях фронтальной области коры головного мозга песчанки монгольской, соответствующей стереотаксическому атласу (*bregma 1,5–1,9 mm*), описаны впервые.

При морфометрическом анализе пирамидального слоя гиппокампа наблюдалась клеточная гетерогенность разных полей и вариабельность по числу нейронов. Для поля СА1 характерно плотное расположение большого количества мелких пирамидных нейронов ( $241 \pm 10$ ) в 4–5 слоев клеток и имеющих ровную и округлую форму клеточных тел. Поле СА2 гиппокампа также состояло из 4–5 рядов нейронов ( $92 \pm 7$ ), но более крупных, чем в поле СА1, и расположенных достаточно плотно, между пирамидальными нейронами располагались клетки глиии. В поле СА3 слой пирамидальных нейронов был представлен наиболее крупными нейронами по сравнению с другими зонами, неплотно расположенными в 5–6 рядов ( $96 \pm 8$ ), а зона СА4 имела слой крупных неплотно расположенных пирамидальных нейронов толщиной 3–4 рядов клеток ( $104 \pm 11$ ). Наше исследование строения гиппокампа подтвердило имеющиеся данные других авторов о сходстве строения указанных областей у песчанок и крыс [6, 9].

При гистоэнзимологическом исследовании была выявлена неоднородность распределения клеток с активностью ЛДГ и СДГ в различных слоях коры головного мозга и в полях гиппокампа (таблица). В клетках коры головного мозга наибольшая активность ЛДГ регистрируется в нейронах III слоя ( $0,29 \pm 0,061$  условные единицы). В клетках двух остальных исследованных слоев – второго и пятого – активность указанного фермента была сравнима и составила  $0,24 \pm 0,048$  и  $0,23 \pm 0,051$  условных единицы соответственно. Наибольшая активность фермента СДГ наблюдалась в нейронах наружного зернистого (III) слоя ( $0,60 \pm 0,121$  условные единицы). В клетках наружного пирамидального и внутреннего пирамидального слоев коры головного мозга активность СДГ была значимо меньше и составила

Распределение ферментативной активности лактатдегидрогеназы и сукцинатдегидрогеназы в структурах головного мозга песчанки монгольской (*meriones unguiculatus*)

Структура головного мозга	Ферментативная активность (в условных единицах плотности)	
	лактатдегидрогеназа	сукцинатдегидрогеназа
Кора:		
слой II	$0,24 \pm 0,048$	$0,48 \pm 0,122$
слой III	$0,29 \pm 0,061^*$	$0,60 \pm 0,121$
слой V	$0,23 \pm 0,051$	$0,45 \pm 0,058$
Гиппокамп:		
поле СА1	$0,26 \pm 0,057$	$0,47 \pm 0,099$
поле СА2	$0,25 \pm 0,067$	$0,54 \pm 0,111$
поле СА3	$0,24 \pm 0,045$	$0,57 \pm 0,071$
поле СА4	$0,21 \pm 0,059^{**}$	$0,52 \pm 0,014$

\*  $p < 0,01$ , при сравнении со слоями коры; \*\*  $p < 0,01$ , при сравнении с полями гиппокампа;  $p < 0,01$ , при сравнении всех слоев коры между собой;  $p < 0,01$ , при сравнении с полями СА2 и СА3;  $p < 0,05$  при сравнении с полем СА4;  $p < 0,01$  при сравнении с полем СА3;  $p < 0,05$  при сравнении с полем СА4.



$0,48 \pm 0,122$  и  $0,45 \pm 0,058$  условные единицы соответственно (таблица).

В разных зонах гиппокампа также наблюдались свои особенности распределения клеток с разной активностью исследованных ферментов. Наиболее низкая активность фермента ЛДГ наблюдалась в нейронах поля СА4 и составляла  $0,21 \pm 0,059$  условные единицы. В клетках других полей гиппокампа активность ЛДГ была выше и наибольшее ее значение отмечалось в поле СА1 ( $0,26 \pm 0,057$  условные единицы) (таблица). Из результатов, представленных в таблице, которые характеризуют распределение активности ЛДГ, следует, что ферментативная активность неодинакова в пределах отдельных структур головного мозга и максимум ее активности регистрируется в III слое коры и минимум в поле СА4 гиппокампа. Уровень ферментативной активности ЛДГ в различных областях может зависеть от различной интенсивности протекания окислительно-восстановительных реакций в отдельных структурах головного мозга, а также, возможно, может быть связан с особенностями нейроно-глиальных контактов в этих областях. Можно полагать, что выявленная активность ЛДГ, неоднозначная в клетках исследованных полей гиппокампа, косвенно свидетельствует и о различной заинтересованности элементов гиппокампа в функционировании лактатного астроцит-нейронного шунта, ответственного, по мнению некоторых авторов, за долговременную память, где именно лактат является главным элементом нейрон-глиальных метаболических взаимодействий [8, 12].

При сравнении активности фермента СДГ в клетках разных полей гиппокампа также были обнаружены достоверные различия. Самая низкая активность регистрировалась в клетках поля СА1 и составляла  $0,47 \pm 0,099$  условные единицы, что значимо отличалось от активностей регистрируемых в клетках полей СА2 и СА3 ( $p < 0,01$ ), а также поля СА4 ( $p < 0,05$ ). В клетках поля СА3 интенсивность реакции была достоверно выше ( $p < 0,01$ ) при сравнении с другими полями и составляла  $0,57 \pm 0,071$  условные единицы. Однако при сравнении полей СА2 и СА4 различий в ферментативной активности СДГ обнаружено не было ( $p > 0,05$ ) (таблица). Таким образом, клетки с разной активностью СДГ в пределах одной структуры головного мозга – гиппокампа – распределяются неоднородно, их мозаика существенно изменяется в зависимости от топографии поля. Исходя из полученных результатов, следует, что в клетках различных слоев коры и полей гиппокампа интенсивность протекания окислительно-восстановительных реакций неодинакова. Она, возможно, существенно связана с функциональными задачами конкретной области, и клетки этих зон могут по-разному отвечать на различные физиологические состояния: гипотермия, гипертермия, ишемия и т. д.

Ишемическое и реперфузионное повреждение головного мозга сопровождается изменением скорости протекания окислительно-восстановительных реакций и приводит к сдвигам активности ферментов, вовлеченных в эти процессы. Однако необходимо учитывать, что адек-

ватность выводов и суждений, полученных в эксперименте, об изменении метаболизма тканей головного мозга в ответ на повреждение – ишемическое или реперфузионное, а также на эндогенные и фармакологические способы нейропротекции возможна при достаточной полноте знаний об особенностях протекания этих процессов в интактном организме, чему, собственно, и было посвящено это исследование.

Таким образом, в исследовании впервые получены сведения о количественном распределении нейронов в разных слоях коры головного мозга и полях гиппокампа песчанки монгольской и выявленной в них активности ключевых ферментов цикла Кребса – СДГ и ЛДГ. Эти результаты могут быть использованы при решении экспериментальных задач по изучению метаболической характеристики и морфологических изменений коры и гиппокампа при некоторых патологических процессах.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Агроскин, Л. С.* Цитофотометрия / Л. С. Агроскин, Г. В. Папаян. – Л.: Наука, 1977. – 295 с.
2. *Адрианов, О. С.* О принципах структурно-функциональной организации мозга (избранные труды) / О. Адрианов. – М.: Медицина, 1999. – 237 с.
3. *Журавлева, Т. Б.* Введение в количественную гистохимию ферментов / Т. Б. Журавлева, Р. А. Прочуханов. – М.: Медицина, 1978. – 238 с.
4. *Обухов, Д. К.* Современные представления о развитии, структуре и эволюции неокортекса конечного мозга млекопитающих животных и человека / Д. К. Обухов // Вопросы морфологии XXI века: сб. науч. тр., посвященный 100-летию кафедры мед. биологии СПбГМА им. И. И. Мечникова. – 2009. – Вып. 1. – С. 200–223.
5. *Пирс, Э.* Гистохимия теоретическая и прикладная / Э. Пирс. – М.: Изд-во иностранной литературы, 1962. – 962 с.
6. *Шаповалова, В. В.* Структурно-функциональная организация пирамидного слоя гиппокампа правого и левого полушарий мозга белых крыс в норме и в восстановительном периоде после острой тотальной ишемии: автореф. дис.... канд. мед. наук / В. В. Шаповалова. – Томск, 2008. – 24 с.
7. *Щербак, Н. С.* Эффект ишемического посткондиционирования при экспериментальной глобальной ишемии головного мозга / Н. С. Щербак [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2011. – Т. 17. – № 2. – С. 182–188.
8. *Dalsgaard, M. K.* A reduced cerebral metabolic ratio in exercise reflects metabolism and not accumulation of lactate within the human brain / M. K. Dalsgaard [et al.] // J. Physiol. – 2004. – № 554 (Pt 2). – P. 571–578.
9. *Kaundal, R. K.* Protective effects of pioglitazone against global cerebral ischemic-reperfusion injury in gerbils / R. K. Kaundal [et al.] // J. Pharmacol Sci. – 2009. – № 109 (3). – P. 361–367.
10. *Levine, S.* Effects of ischemia and other procedures on the brain and retina of the gerbil (*Meriones unguiculatus*) / S. Levine, H. Payan // Exp. Neurol. – 1966. – № 16 (3). – P. 255–262.
11. *Loskota, W. J.* A Stereotaxic Atlas of the Mongolian Gerbil Brain. / W. J. Loskota [et al.]. – Ann Arbor Science Publishers, Ann Arbor, Mich., USA, 1974. – 234 p.
12. *Suzuki, A.* Astrocyte-neuron lactate transport is required for long-term memory formation / A. Suzuki [et al.] // Cell. – 2011. – № 4. – P. 810–823.
13. *Weibel, E. R.* Stereological Methods. Vol. I: Practical Methods for Biological Morphometry / E. R. Weibel. – London; N.-Y.; Toronto, 1979. – 415 p.

**РЕЗЮМЕ**

*Н. С. Щербак, Д. А. Овчинников, А. Н. Кузьменков, Е. Р. Баранцевич, В. В. Томсон, Е. В. Шляхто*

**Клеточное распределение и активность окислительно-восстановительных ферментов в отдельных структурах головного мозга песчанок монгольских (*Meriones unguiculatus*)**

Изучены морфофункциональные особенности коры головного мозга и гиппокампа интактных песчанок монгольских (*Meriones unguiculatus*). Получены сведения о количественном распределении нейронов в разных полях гиппокампа и в некоторых слоях коры головного мозга песчанки монгольской и выявленной в них активности ключевых ферментов цикла Кребса сукцинатдегидрогеназы и лактатдегидрогеназы. Результаты, полученные авторами, могут быть использованы при решении экспериментальных задач по изучению метаболической характеристики и морфологических изменений коры и гиппокампа песчанок монгольских при некоторых патологических процессах.

**Ключевые слова:** лактатдегидрогеназа, сукцинатдегидрогеназа, головной мозг, песчанка монгольская.

**SUMMARY**

*N. S. Shcherbak, D. A. Ovchinnikov, A. N. Kuzmenkov, E. R. Barantsevich, V. V. Tomson, E. V. Shlyakhto*

**Cellular distribution and activity of redox enzymes in separate structures of brain mongolian gerbils (*Meriones unguiculatus*)**

Morpho-functional features of the cerebral cortex and hippocampus in Mongolian gerbil (*Meriones unguiculatus*) was studied. Received information on the quantitative distribution of neurons in different fields of the hippocampus and in certain layers of the cerebral cortex in Mongolian gerbils and identified them in the activity of key enzymes of the Krebs cycle succinate dehydrogenase and lactate dehydrogenase. The results obtained by the authors may be used in solving experimental problems in studying the metabolic characteristics and morphological changes in the cortex and hippocampus in Mongolian gerbil under certain pathological processes.

**Key words:** lactate dehydrogenase, succinate dehydrogenase, brain, Mongolian gerbil.

© И. П. Артюхов, М. М. Петрова, И. О. Логинова, Д. С. Каскаева, 2011 г.  
УДК 378.12:614

**И. П. Артюхов, М. М. Петрова,  
И. О. Логинова, Д. С. Каскаева**

## **ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КАК ИДЕОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДОЙ ВУЗА**

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого

Здоровье каждого человека – не только его благо, но и необходимое условие роста производительности труда, экономической мощи страны, благосостояния народа. Сохранить и продлить здоровую жизнь возможно только благодаря здоровому образу жизни, который подразумевает рациональные физическую активность и питание, контроль над стрессом, исключение вредных привычек, а также применение оздоровительных методик. При этом важны систематичность оздоровительных мероприятий, а также мотивация для соблюдения требований здорового образа жизни.

В настоящее время актуальной задачей является сохранение капитала здоровья сотрудников для повышения эффективности соответствующей сферы общественного производства (образование, здравоохранение) через внедрение и развитие здорового образа жизни.

Приоритетными направлениями в концепции Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого выступают создание

здоровьесберегающей среды для физического, психического и нравственного развития личности и формирование мотивации к здоровому образу жизни у преподавателей и работников университета через физкультурно-оздоровительную и образовательно-воспитательную работу.

Работа в университете по формированию культуры здоровья и здорового образа жизни базируется на следующих принципах:

- непрерывности и преемственности, который определяет необходимость проводить работу систематически и регулярно;
- комплексного междисциплинарного подхода, основанного на интеграции вопросов здоровья в различные учебные программы;
- формирования ответственности преподавателей и работников КрасГМУ за свое здоровье, поведение и жизнь;
- использования современных информационных технологий при формировании здоровьесберегающей среды университета;
- доступности медицинских, оздоровительных и образовательных услуг преподавателям и сотрудникам, особенно с ограниченными физическими возможностями;
- контроля и оценки результатов, основанных на получении обратной связи, благодаря различным видам диагностики и самодиагностики;
- сочетания охранительной и тренирующей стратегии (охранительная стратегия связана с реализацией правила «не навреди», а тренирующая направлена на повышение адаптационных возможностей организма);
- дифференцированного подхода к организации мероприятий по совершенствованию физкультурно-массовой и спортивной работы в университете с учетом специфики и целевой установки на развитие массовой физической культуры и спорта высших достижений;

– доступности занятий физической культурой и спортом для всех категорий работников и преподавателей университета.

«Программа деятельности по формированию здорового образа жизни Крас UVE» на 2011–2013 гг. является неотъемлемым компонентом программы развития университета.

Университет рассматривает свою активность по формированию здорового образа жизни как деятельность, ориентированную на сохранение капитала здоровья всех субъектов образовательного процесса для повышения эффективности соответствующей сферы общественного производства (образование, здравоохранение).

Общественные предпосылки к разработке и реализации «Программы»:

1) высокие темпы экономического развития региона, обуславливающие потребность в новых технологиях и кадрах для сохранения здоровья трудоспособного населения;

2) распространенность факторов риска развития психосоматической патологии у сотрудников (снижение адаптационных возможностей, межличностные проблемы, неудовлетворительная организация учебного и научного процессов, несбалансированное питание), что, наряду с отсутствием знаний по самоконтролю и развитию индивидуальных резервных возможностей, отсутствием мотивации к здоровому образу жизни, приводят к нарушениям здоровья, пристрастию к пагубным привычкам;

3) отсутствие системы мероприятий по пропаганде здорового образа жизни в обществе, в том числе в кон-

тексте ценностей здорового образа жизни для общественного престижа личности и страны;

4) наличие потребности в научно-обоснованном анализе здоровья и разработке программ формирования здорового образа жизни и безопасной образовательной среды с учетом междисциплинарных подходов.

Университет видит свою роль социального института, формирующего не только компетентного специалиста, но и полноценную, здоровую личность с такими качествами и свойствами, как социальная активность, ориентация на здоровый образ жизни, эстетические идеалы и этические нормы жизни.

## РЕЗЮМЕ

*И. П. Артюхов, М. М. Петрова, И. О. Логинова, Д. С. Каскаева*

**Формирование здорового образа жизни преподавателей как идеология управления образовательной средой вуза**

Представлены результаты программы по формированию здорового образа жизни ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, ориентированной на сохранение здоровья сотрудников.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, здоровьесберегающая среда, образовательная среда вуза, управление вузом.

## SUMMARY

*I. P. Artuhov, M. M. Petrova, I. O. Loginova, D. S. Kaskaeva*

**Promotion of healthy lifestyles of teachers as ideology of the educational environment of the university management**

**Key words:** healthy lifestyles, health-environment, the educational environment of the university management, university management.

© В. В. Ахметова, Т. П. Злова, 2011 г.  
УДК 616.1-06:616.89-008.454

**В. В. Ахметова, Т. П. Злова**

## ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Читинская государственная медицинская академия

### ВВЕДЕНИЕ

Сочетание сердечно-сосудистых заболеваний с эмоциональными расстройствами – хорошо известный в клинической практике и неоднократно подтверждавшийся специальными исследованиями факт. Доказано, что наличие депрессии и тревоги у пациентов гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, инфарктом

миокарда, нарушениями ритма не только осложняет течение заболевания и затрудняет подбор терапии, но и сокращает продолжительность жизни [1–4, 6, 8].

**Целью** настоящего исследования стал анализ распространенности эмоциональных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методом сплошной выборки были отобраны и обследованы 199 человек (105 мужчин и 94 женщины), находившихся на лечении в кардиологических отделениях стационаров г. Читы (Городская клиническая больница № 1, Краевая клиническая больница).

Для оценки психического состояния пациентов использовали шкалу самооценки депрессии Цунга в адаптации НИИ психоневрологии им. Бехтерева [5] и шкалу тревоги Кови [7], которая учитывает три основных параметра: жалобы, поведение и соматические проявления. Кроме того, была разработана анкета, включающая под-

робную характеристику эмоциональной сферы пациентов (возможная причина, ведущий радикал настроения, зависимость проявлений от времени суток, наличие суицидальных тенденций) и общие анамнестические сведения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Анализ социально-демографических показателей выявил преобладание среди обследуемых женщин и мужчин зрелого и пожилого возраста (85% среди всех обследованных), что можно объяснить возрастной предпочтительностью некоторых сердечно-сосудистых заболеваний, в частности, ишемической болезни сердца, которая среди всех нозологических форм составила 90%.

Большая часть респондентов (65%) состояли в браке, 21% были вдовыми (главным образом пожилые люди), и незначительную часть составили разведенные, холостые и проживающие в гражданском браке.

Оценка психического состояния пациентов по методике Цунга показала, что у 15% опрошенных имеются депрессивные нарушения, которые в большей степени представлены ситуативным снижением настроения (12%) и реже (3%) – субдепрессивным состоянием. При этом большую часть пациентов с депрессивными нарушениями составили женщины пожилого возраста (60% женщин старше 61 года и 30% – от 50 до 60 лет).

Анализ структуры депрессивных нарушений показал преобладание тоскливого (33%) и тревожного (30%) радикалов, реже встречались смешанная (главным образом тоскливо-тревожная), апатическая, астеническая и дисфорическая депрессии. Большая часть пациентов отмечали отсутствие зависимости колебаний настроения от времени суток. У 27% респондентов с депрессивными нарушениями выявлены суицидальные тенденции.

Исследование уровня тревоги у больных по опроснику Кови показало ее наличие у 89% опрошенных с преобладанием незначительной и умеренной ее выраженности (41 и 34%, соответственно). При этом тревога в половине случаев (50%) была связана с госпитализацией и имеющимся заболеванием, реже – с ближайшим социальным окружением (тревога за супругов, детей и других значимых родственников), у трети больных отмечена беспричинная тревога.

Сравнительный анализ структуры тревоги у пациентов с наличием/отсутствием депрессивных нарушений выявил определенные отличия. Среди респондентов с депрессией у 40% отмечена выраженная и резко выраженная тревога и лишь у 3% – ее отсутствие. У пациентов без депрессивных нарушений в 80% случаев выявлена незначительная или умеренно выраженная тревога и в 12% – отсутствие таковой.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая полученные данные, необходимым является обязательное введение в план обследования больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями экспресс-диаг-

ностики тревоги и депрессии, которая позволит выявлять не только выраженные, но и доклинические (наиболее сложные в диагностике) формы расстройств. Указанная диагностика не занимает много времени, и ее может проводить врач-интернист. Своевременное выявление депрессивных и тревожных расстройств позволит в значительной степени повысить эффективность терапии кардиологической патологии и улучшить качество жизни пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский, Ю. А. Психолого-психиатрические подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. А. Александровский, Л. В. Ромасенко // Вестник РАМН. – М., 2003. – № 12. – С. 24–29.
2. Вайнштейн, И. И. Эмоциогенные структуры и сердце / И. И. Вайнштейн, П. В. Симонов. – М.: Наука, 1979. – С. 96.
3. Ромасенко, Л. В. Типология депрессий в условиях терапевтического стационара / Л. В. Ромасенко, Л. Ю. Хлебникова // Росс. психиатр. журн. – 2003. – № 3. – С. 30–33.
4. Смуглевич, А. Б. Психокardiология / А. Б. Смуглевич, А. Л. Сыркин. – М., 2005. – 777 с.
5. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Ин-т психотерапии, 2002. – С. 289.
6. Чазов, Е. И. Психосоциальные факторы как риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний / Е. И. Чазов // Легкое сердце. – М., 2004. – № 3. – С. 2–4.
7. Covi, L. Symptomatie volunteers in multicenter drug trials / L. Covi, R. Lipman // Prog. Neuropsychopharmacol. – 1979. – № 3. – P. 521.
8. Lesperance, F. Depression in patients with cardiac disease: a practical review // F. Lesperance, N. Frasere-Smith // J. Psychosom. Res. – 2000. – № 48. – P. 379–391.

## РЕЗЮМЕ

*В. В. Ахметова, Т. П. Злова*

**Тревожные и депрессивные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Было проведено изучение распространенности эмоциональных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями на базе крупного соматического стационара г. Читы (административный центр Забайкальского края). Выявлено, что у 15% пациентов кардиологического отделения имеются депрессивные нарушения, чаще неглубокие (ситуативная гипотимия, «маскированная» депрессия). При этом большую часть пациентов кардиологических отделений с депрессивными нарушениями составили женщины в возрасте старше 50 лет. Отмечено, что в структуре депрессивного эпизода преобладает тоскливый и тревожный радикалы, у 26,6% больных имеются суицидальные тенденции. Тревожные расстройства разной степени выраженности были выявлены у 89,5% пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Ключевые слова:** депрессия, тревога, сердечно-сосудистые заболевания.

## SUMMARY

*V. V. Akhmetova, T. P. Zlova*

**Anxiety and depressive disorders in patients with cardiovascular diseases**

Prevalence of emotional disorders in patients with cardiovascular diseases was studied on the basis of a large somatic hospital in

Chita (an administrative center of Transbaikal region). 15 % of the patients in the cardiologic unit had depressive disturbances, more often superficial (the situational hypothyria, «the masked» depression). Most of these patients were women of over 50 years of age. It was noticed that in the structure of a depressive episode

melancholy and disturbing radicals prevailed whereas 26,6 % the patients had suicidal tendencies. Anxiety disorders of different degree of expression were noticed in 89.5 % of the patients with cardiovascular diseases.

**Key words:** depression, anxiety, cardiovascular diseases.

© Л. В. Веретило, 2011 г.  
УДК 616.89-07

**Л. В. Веретило**

## КОЭФФИЦИЕНТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ КАК ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКОГОЛИЗМА

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В. М. Бехтерева

### ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время зависимость от алкоголя является широко распространенной проблемой, при этом зачастую пациенты избегают обращения за официальной наркологической помощью (особенно пациенты с недавним стажем заболевания) [3]. Для лечебных учреждений первичной медицинской сети актуальным является вопрос своевременного выявления алкогольной зависимости у сравнительно молодых пациентов – в возрасте до 30 лет. Зависимость от алкоголя в этом возрасте характеризует быстрое (как правило, в течение 2-х лет от начала систематической алкоголизации) формирование основных клинических симптомов и синдромов алкогольной болезни, а также раннее появление (в течение 1–3 лет от начала систематической алкоголизации) и ускоренное нарастание интеллектуально-мнестического снижения, алкогольных изменений личности и социальной дезадаптации. Такой вариант алкоголизма принято определять как злокачественный [1, 4]. По клиническим наблюдениям, такие больные из всех больных алкоголизмом наиболее резистентны к терапии и имеют наименьшие сроки ремиссии [1, 2]. По совокупности причин (широкое распространение, молодой возраст, резистентность к терапии) лечение пациентов со злокачественным алкоголизмом на данный момент представляет собой особенно сложную проблему в наркологии.

**Цель** исследования – комплексное изучение клинико-психологических и некоторых нейрофизиологических особенностей злокачественного алкоголизма. В данном материале представлена часть результатов многомерно-сравнительного исследования больных злокачественным и неосложненным алкоголизмом.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 88 больных наркологического стационара. Критериями включения в иссле-

дование являлись установленный диагноз «синдром зависимости от алкоголя» F.10.25, F.10.26; мужской пол; возраст от 20 до 50 лет. В основную группу вошли 48 больных, у которых скорость формирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) составила 2 года или менее с момента начала систематического употребления алкоголя (не реже 2 раз в неделю в течение, как минимум, 3 месяцев). Средний возраст больных исследуемой группы составил  $30,21 \pm 6,7$  (M $\pm$ SE) года. В группу сравнения (неосложненный алкоголизм) вошли 40 больных, у которых скорость формирования ААС составила больше 2-х лет с момента начала систематического употребления алкоголя, средний возраст –  $44,15 \pm 6,8$  года ( $p < 0,01$ ). Критериями невключения в исследование служили установленный диагноз сопутствующего психического заболевания психотического регистра; выраженная соматическая патология; черты монголоидной расы; женский пол; возраст младше 20 и старше 50 лет.

Для количественной оценки злокачественности течения алкогольной зависимости был введен дополнительный показатель – «коэффициент злокачественности» (K), который рассчитывался по формуле

$$K = 1 - \left( \frac{n}{m} \cdot r_1 + \frac{p}{q} \cdot r_2 \right),$$

где n – длительность формирования ААС (лет); m – возраст больного (лет); p – сумма всех ремиссий (лет); q – давность формирования ААС (лет);  $r_1$  – значимость показателя, рассчитываемая в соответствии с правилом Фишберна при условии ранжирования показателей в порядке убывания значимости по формуле

$$r_i = \frac{2(N - i + 1)}{(N + 1)N},$$

где N – количество показателей. Для данной конкретной модели N=2, соответственно  $r_1 = 0,67$ ,  $r_2 = 0,33$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Относительно количественной выраженности злокачественности течения алкогольной зависимости («коэффициент злокачественности АЗ»), определяемой в соответствии с предложенной нами формулой, обнаружены следующие статистически значимые различия: в группе больных с неосложненным алкоголизмом средняя величина коэффициента злокачественности составила  $K = 0,86 \pm 0,02$  (M $\pm$ SE), а в группе больных со злокачественным течением АЗ –  $K = 0,92 \pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ).

Для подсчета предлагаемого нами «коэффициента злокачественности» необходимы переменные, стандартно определяемые для каждого больного алкоголизмом (возраст больного, длительность формирования ААС, суммарная длительность периодов ремиссии за все время заболевания и давность формирования ААС), что делает подсчет коэффициента несложным в рутинной клинической практике.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование данного коэффициента позволяет получить количественную оценку злокачественности, важную как для индивидуальной работы с пациентами, так и для скрининговых обследований.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров, А. Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы / А. Ю. Егоров // Вопросы наркол. – 2002. – № 2. – С. 50–54.
2. Ерышев, О. Ф. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: метод. реком. / О. Ф. Ерышев [и др.]. – СПб.: Ин-т им. В. М. Бехтерева, 2006. – 20 с.
3. Кошкина, Е. А. Современное состояние наркоситуации в России по данным государственной статистики / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова // Наркология. – 2009. – № 8. – С. 41–46.
4. Энтин, Г. М. Алкогольная и наркотическая зависимость: практ. рук-во для врачей / Г. М. Энтин [и др.]. – М.: Медпрактика, 2002. – 328 с.

## РЕЗЮМЕ

*Л. В. Веретилло*

**Коэффициент злокачественности как характеристика алкоголизма**

Цель исследования – изучение клинико-психологических аспектов злокачественного течения алкогольной зависимости. На материале 88 больных неосложненным и злокачественным алкоголизмом был проведен сравнительный анализ, включавший дифференцированную оценку клинического течения алкогольной зависимости. Предложена количественная мера оценки злокачественности течения алкоголизма – «коэффициент злокачественности». Несложный в подсчете коэффициент злокачественности на основе имеющихся о больном данных позволяет дать количественную оценку злокачественности течения алкоголизма.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, злокачественный алкоголизм, коэффициент злокачественности.

## SUMMARY

*L. V. Veretillo*

**Coefficient of malignancy as a feature of alcoholism**

The purpose of this study was to explore the clinical and psychological features of malignant alcoholism. Methods: the comparative analysis was carried out in 88 patients with malignant and uncomplicated alcoholism and included the differentiated assessment of the clinical picture. Results: the quantitative measure of the malignancy of alcohol dependence was proposed – the coefficient of Malignancy. Conclusion: The results obtained in this study allow us to give a quantitative evaluation of the malignancy of alcoholism.

**Key words:** alcohol dependence, malignant alcoholism, coefficient of malignancy.

© И. В. Жужгова, Е. В. Осадчая, А. О. Оконская, И. М. Улюкин, 2011 г.  
УДК 616.633.455.7-036.12:616.89

**И. В. Жужгова, Е. В. Осадчая,  
А. О. Оконская, И. М. Улюкин**

## НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

## ВВЕДЕНИЕ

Известно, что в настоящее время вирусные гепатиты занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционных заболеваний, в связи с чем важно исследование психологических характеристик пациентов с целью внедрения пациенториентированной тактики сопровождения больных.

**Цель** исследования – оценка показателей социальной адаптации, депрессии, страхов, уровня субъективного кон-

троля, анализ используемых пациентами с хроническими гемоконтактными вирусными гепатитами стратегии преодоления травмирующих ситуаций (копинг-стратегии).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучены клинические и психологические показатели истории болезни 55 пациентов с хроническими гемоконтактными вирусными гепатитами. Из документов было установлено, что это были только мужчины, средний возраст – 39,1±3,5 года; возраст 26–35 лет – 34,54%, 36–45 лет – 30,91%, длительность заболевания – 2,0–7,0 года. В историях болезни содержались результаты Шкалы социальной адаптации Холдмса и Раге (оценка уровня стрессового воздействия), методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний Л. Радлоффа, страхи – с помощью методики В. Леви (оценка выраженности страха), методики Дж. Роттера («локус-контроль»), «Опросника преодолевающего поведения» (копинг-стратегии).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Показатели стрессового воздействия менее 150 баллов были выявлены в 23,64% случаев, 150–300 баллов – в 43,64%, более 300 баллов – в 32,73%. Средний уровень

стрессового воздействия по выборке составил  $290 \pm 15$  баллов (считается, что при сумме баллов более 150 рекомендована помощь психолога, при сумме баллов более 300 – психокоррекция). Вместе с тем отсутствие признаков депрессии было выявлено у 78,18 % пациентов, слабая депрессия – в 10,91 % случаев, тяжелая – в 10,91 % случаев.

Анализ страхов выявил, что доминирующими были социофобии (45,45 % случаев), также диагностировались мистические страхи (38,18 %), танатофобии и зависимостные страхи (32,73 %), агрософобии и фортунофобии (10,91 и 7,27 % соответственно). 50,91 % респондентов имеют две и более проблемные зоны.

При определении локус-контроля установлено, что интернальный тип оценки происходящего (способность брать ответственность за происходящее на себя) по шкале Ио и шкале достижений характерен для 36,36 % респондентов, по шкалам семейных отношений и неудач – 43,64 %, производственных отношений – 38,18 %. Доля «ответственных» за межличностные отношения и здоровье составила всего 29,1 %. Для 32,73 % пациентов характерен экстернальный тип локус-контроля по всем шкалам.

Большинство пациентов пользовались дезадаптивными стратегиями: «самообвинение» и «преодоление вне реальности» выбирают 45,45 % респондентов, «фантазия» – 30,91 %, «уход от реальности» – 29,1 %. Из всего перечня адаптивных стратегий пациенты чаще использовали «поиск помощи» и «контроль эмоций» (36,36 %), «позитивное мышление» (32,73 %) и «рациональные действия» – 29,1 %, «успокоение» и «разрядка» – 27,27 %.

Для пациентов были характерны все виды страхов, доминирующими из них были социофобии (45,45 %), мистические страхи (38,18 %), танатофобии и зависимостные (по 32,73 %). Половина пациентов имели две или более «проблемные зоны».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, показано, что, несмотря на высокий средний балл показателей стрессового воздействия, у большинства пациентов депрессия не диагностировалась. При этом большинство респондентов пользовались дезадаптивными копинг-стратегиями и не были способ-

ны брать ответственность за происходящее на себя. Анализ страхов выявил, что доминирующими были социофобии, мистические страхи, танатофобии и зависимостные страхи (при этом половина респондентов имели две или более проблемные зоны). Знание выявленных психологических особенностей пациентов с хроническими вирусными гепатитами и гемоконтактной формой заражения ориентировано на повышение эффективности индивидуально подобранной пациентцентрированной тактики сопровождения больных.

## РЕЗЮМЕ

*И. В. Жужгова, Е. В. Осадчая, А. О. Оконская, И. М. Улюкин*

### Некоторые психологические особенности пациентов с хроническими гемоконтактными вирусными гепатитами

Изучены клинические и психологические показатели истории болезни 55 пациентов с хроническими гемоконтактными вирусными гепатитами. У большинства пациентов депрессия не диагностировалась. Большинство респондентов пользовались дезадаптивными копинг-стратегиями, доминировали социофобии, мистические страхи, танатофобии и зависимостные страхи (при этом половина респондентов имеет две или более проблемные зоны). Таким образом, знание психологических особенностей респондентов позволяет осуществлять индивидуально подобранную пациентцентрированную тактику сопровождения больных.

**Ключевые слова:** хронический гепатит, психологические показатели, сопровождение больных.

## SUMMARY

*I. V. Zhuzhgova, E. V. Osadchaya, A. O. Okonskaya, I. M. Ulyukin*

### Some psychological features in patients with chronic haemococontact viral hepatitis

Clinical and psychological characteristics were studied in 55 case histories of patients with chronic haemococontact viral hepatitis. Depression was not diagnosed in most of the patients. The greater part of the respondents used disadaptive coping strategies, had sociophobia, mystical fears, thanatophobia and morbid fears. Thus, knowledge of a respondent psychological features allows the doctor to carry out an individually chosen strategy for the patient support.

**Key words:** chronic hepatitis, psychological features, patient's support.

## ВАРИАНТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

## ВВЕДЕНИЕ

В процессе психической адаптации больного человека к жизни в условиях тяжелого хронического заболевания, каковым является сахарный диабет и его осложнения, выделяют ряд этапов, важнейшими из которых являются отрицание, принятие и преодоления своего заболевания. Успешной можно считать такую адаптацию, при которой больной проходит через все этапы и старается жить полноценно, не замыкаясь рамками своего заболевания. Однако чаще больные с синдромом диабетической стопы (СДС) находятся в ситуации психической дезадаптации, «застре-

вая» на каком-либо этапе, что проявляется в нарушении психоэмоционального состояния, пищевого поведения, лечебного режима, склонностью к суициду и т. д. [1].

Успешность адаптации во многом обусловлена способностью человека к психической саморегуляции своего состояния, в которой различают эмоционально-телесный, когнитивно-поведенческий и личностно-мотивационный уровни. Эмоционально-телесный уровень является базовым, так как позволяет осознать и контролировать свое психофизиологическое состояние. Нарушения на этом уровне могут быть как врожденными, связанными с недоразвитием внутреннего эмоционально-телесного опыта, так и приобретенными, связанными с деформацией самосознания, что нередко наблюдается при невротическом развитии личности [3].

Основными составляющими когнитивно-поведенческого аспекта саморегуляции являются самооценка, уровень субъективного контроля, способность к абстрактному мышлению, когнитивные установки, коммуникативные навыки и т. д. Они определяют активность, стиль жизни, используемые психологические защиты и копинг-стратегии субъекта.

Наивысшим уровнем саморегуляции является личностно-мотивационный, в котором важную роль играет личностная зрелость, способность к самоактуализации и целеполаганию. Они порождают стремление больного к полноценной жизни, достижению своих целей, сохранению прежних и порождению новых жизненных смыслов [2].

Следует отметить важную роль саморегуляции для больных сахарным диабетом и его осложнениями. От степени ее развития зависят качество и продолжительность жизни этих больных. Она, по мнению ряда авторов, является основным механизмом формирования внутренней картины болезни и отражает способность больного человека контролировать ситуацию и влиять на течение и прогноз заболевания [4, 5]. Нарушения саморегуляции у больных с сахарным диабетом проявляются в развитии психической дезадаптации, приводящей к снижению эффективности лечения, прогрессированию его осложнений и требующей соответствующей коррекции.

**Целью** данной работы было изучение роли эмоционально-личностных нарушений в развитии различных вариантов психической дезадаптации и эффективности различных методов ее коррекции.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведено изучение эмоционально-личностных нарушений, отражающих выраженность психической дезадаптации, у 120 больных с СДС, среди них было 45 мужчин и 75 женщин в возрасте от 43 до 70 лет. Длительность течения сахарного диабета у них составила от 3 до 27 лет, а синдрома диабетической стопы – от 0,5 до 12 лет. Изучались следующие показатели: уровни тревоги и депрессии (А. Zigmond, R. Snaithe, 1983), субъективного контроля (Е. Ф. Бажин и др., 1994), алекситимии (G. Taylor, 1983), невротизации и психопатизации (И. Б. Ласко, Б. И. Тонконогий, 1974). Изучались также личностный профиль (Л. Н. Собчик, 2000), когнитив-

ные установки, самооценка, фрустрационная толерантность (А. Эллис, 1993). Кроме того, оценивали выраженность соматических нарушений, приверженность больного к лечению и нарушение пищевого поведения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования состояние психической дезадаптации выявлено у 90% больных, среди которых выделились две основные группы больных с разной степенью выраженности психической дезадаптации и определенной взаимосвязью психоэмоциональных, личностных и соматических нарушений. Так, у больных первой группы (38 чел.), в которой отмечена наибольшая степень психической дезадаптации, проявляющаяся в выраженных психоэмоциональных расстройствах, нарушении пищевого поведения и лечебного режима, наблюдалась выраженная алекситимия ( $75,0 \pm 6,7$  балла), депрессия ( $12,1 \pm 2,3$  балла), изменения личностного профиля по психопатическому типу, нередко сочетающиеся с энцефалопатией, когнитивными расстройствами и длительным течением заболевания (более 15 лет). Наибольшая часть больных этой группы находилась на стадии отрицания или условного принятия своего заболевания, что, вероятно, связано с недоразвитием навыков эмоционально-телесного опыта и порождением неадекватных бессознательных когнитивно-поведенческих и смысловых стереотипов. Больные нередко отказывались от предлагаемого психотерапевтического воздействия (беседы, психодиагностического интервью, аутогенной саморегуляции и др.), а если оно и проводилось, то было малоэффективным. В этой группе больных наблюдалась низкая эффективность лечения, прогрессивное ухудшение соматического состояния, высокая частота ампутаций нижних конечностей (80%) и летальности больных (40%). По нашему мнению, для больных этой группы более приемлемым может быть медикаментозное лечение в виде различных психотропных средств и антидепрессантов.

Во второй группе больных (69 чел.), где проявления психической дезадаптации были менее выражены, отмечены невысокие показатели алекситимии ( $64,3 \pm 5,8$  балла) или ее отсутствие, повышенная тревога без выраженной депрессии ( $11,3 \pm 2,5$  балла), изменения личностного профиля по невротическому типу и менее длительный период течения заболевания (менее 15 лет). Больные этой группы были более привержены к проводимому лечению, охотнее соглашались на психотерапию и имели менее выраженные соматические нарушения. В этой группе отмечена низкая частота ампутаций конечностей (30%) и летальности больных (15%). Большая часть больных этой группы находилась на стадии принятия заболевания, попытках его преодоления и стремления к полноценной жизни. Лишь единичные больные этой группы (5 чел.) находились на стадии отрицания своего заболевания, что, вероятно, связано с порождением так называемого преградного смысла болезни, который кардинально нарушал их жизненные планы, особенно при угрозе ампутации нижней конечности.



Следует отметить, что практически все больные этой группы охотно соглашались на предлагаемое психотерапевтическое воздействие, которое оказывалось достаточно эффективным и нередко сочеталось с элементами личностно-ориентированной психотерапии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у больных с СДС выявлены различные варианты психической дезадаптации, обусловленные выраженностью эмоционально-личностных и соматических нарушений, которые необходимо учитывать при выборе метода коррекции данных нарушений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Елфимова, Е. В. Психические расстройства при сахарном диабете : технология лечебно-диагностического процесса: автореф. дисс. ...д-ра мед. наук / Е. В. Елфимова. – М., 2005. – 35 с.
2. Моросанова, В. И. Саморегуляция и самосознание субъекта / В. И. Моросанова, Е. А. Аронова // Психолог. журн. – 2008. – Т. 29. – № 1. – С. 14–27.
3. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е. Т. Соколова, В. В. Николаева. – М., 1995.
4. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М., 2002.
5. Чебакова, Ю. В. Психологическая саморегуляция телесных феноменов у больных с соматической патологией : автореф. дисс. ... канд. пед. наук / Ю. В. Чебакова. – М., 2006. – 25 с.

## РЕЗЮМЕ

*О. А. Исаченкова*

**Варианты психической дезадаптации у больных с синдромом диабетической стопы**

Работа посвящена изучению выраженности психической дезадаптации у больных с синдромом диабетической стопы. Адаптация к тяжелому хроническому заболеванию проходит ряд этапов, и в ее успешности важная роль отводится процессам саморегуляции. В результате исследования выделены две группы больных с разной степенью выраженности психической дезадаптации. У больных с выраженной дезадаптацией, проявляющейся в нарушении пищевого поведения и комплаенса лечения, отмечена выраженная алекситимия, депрессия, низкий уровень психической организации, а также большая длительность и тяжесть заболевания. Рекомендован дифференцированный подход к коррекции психической дезадаптации в зависимости от выраженности психосоматических нарушений.

**Ключевые слова:** психическая дезадаптация, саморегуляция, диабетическая стопа, эмоционально-личностные нарушения, психотерапия.

## SUMMARY

*O. A. Isachenkova*

**Variants of mental health dysadaptation in diabetic foot syndrome patients**

This paper deals with the severity of mental health dysadaptation in diabetic foot syndrome patients. Adaptation to a severe chronic disease goes through several stages and the self-regulation processes play an important role in its success. The study identified two groups of patients with varying degrees of severity of mental health dysadaptation. The patients with a greater degree of mental health dysadaptation manifested in eating disorders and therapy compliance demonstrated marked alexithymia, depression, low levels of mental organization, as well as longer duration and severity of the condition. A differentiated approach to the correction of mental health dysadaptation in accordance with the severity of psychosomatic disorders is recommended.

**Key words:** mental health dysadaptation, self-regulation, diabetic foot, emotional and personality disorders, psychotherapy.

© С. Н. Козлова, А. А. Краснов, 2011 г.  
УДК 616.85-06:616.1]-053

**С. Н. Козлова, А. А. Краснов**

## ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кафедра психиатрии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург

## ВВЕДЕНИЕ

Многие исследователи отмечают распространенность и разнообразие сочетаний сердечно-сосудистой патологии (ССП) и невротических расстройств (НР) [1, 2, 4, 5]. Самостоятельную проблему при этом может представлять сочетание SSP и НР у пациентов психиатрических

стационаров. Данная категория больных характеризуется такими предрасполагающими к развитию SSP особенностями, как: 1) тяжесть, хронический затяжной характер НР; 2) особенности жизнедеятельности, включающие снижение физической и социальной активности, склонность к госпитализму; 3) соматические последствия психофармакотерапии.

**Цель исследования** – изучить возрастные особенности SSP у стационарных пациентов с НР.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 254 пациента (118 мужчин и 136 женщин) с психическими расстройствами, отнесенными к разделу F 4 по МКБ-10 различных возрастных категорий.

Исследовались уровень и структура сопутствующей соматической патологии у пациентов с НР различного пола и возраста. Использовались клинико-психопатологический, клинико-архивный методы. Проводилась необходимая диагностика с применением лабораторных и инструментальных методов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Спектр НР, коморбидных ССП, охватывал большинство диагностических категорий, в том числе реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации (F43) – 124 (49,2%); неврастению (F48.0) – 66 (26,2%); прочие расстройства (тревожно-фобические (F40), обсессивно-компульсивные (F42), диссоциативные (F44); панические (F41), соматоформные и ипохондрические (F45) – 62 (24,6%) наблюдений.

Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы были выявлены у 146 пациентов (57,4%) (таблица). Спектр выявленной ССП у обследованных пациентов с НР включал следующие группы: миокардиодистрофии (метаболические кардиомиопатии), нарушения ритма и проводимости, гипертоническая болезнь и артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, нейроциркуляторная дистония.

Наибольшую долю составляли расстройства сердечно-сосудистой системы, включавшие различные сочетания метаболического симптомокомплекса (начальной стадии метаболической кардиомиопатии) [3]: систолический шум на верхушке сердца, колющие или тянущие боли в области сердца, комплексы электрокардиографические изменения (изменения зубца Т, отклонение сегмента ST от изолинии). Выявлено, что у пациентов с НР наибольшая частота кардиомиопатий приходится на возрастную категорию 30–50 лет, с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин. Значительную долю наблюдений составили лица с проявлениями артериальной гипертензии, характеризовавшейся нозологической неоднородностью. Наряду с верифицированной гипертонической болезнью (I 10; I 11), выявлялись артериальные гипертензии, обусловленные преимущественно нейроциркуляторной дистонией, соматизацией тревоги в рамках психопатологического симптомокомплекса и в некоторых случаях побочным действием фармакологических препаратов.

Гипертоническая болезнь преобладала у мужчин 40–50 лет и у женщин 30–40 лет. Отмечено статистически значимое увеличение случаев кардиомиопатий ( $p \leq 0,05$ ;  $\chi^2 = 7,4$ ) у пациентов обоего пола и гипертонической болезни у мужчин ( $p \leq 0,05$ ;  $\chi^2 = 6,9$ ) в старшей возрастной группе.

Нарушения ритма и проводимости сердца (рубрики I44–49,5 по МКБ-10), отмечавшиеся у 117 (46,1%) обследованных, проявлялись как в рамках метаболического симптомокомплекса, так и в качестве побочных эффектов психотропной терапии. Наиболее часто встречавшиеся нарушения ритма – брадисистолия – отмечались у мужчин средней и старшей возрастной группы, а также у женщин старшей возрастной группы. Нарушения ритма и проводимости часто носили обратимый характер и исчезали после восстановления показателей электролитов крови, коррекции базовой терапии, применения кардиотропных лекарственных препаратов. Синусовая тахисистолия отмечалась с небольшим преобладанием у пациентов мужского пола в зрелом возрасте. Экстрасистолия, желудочковая аритмия выявлялись в незначительном числе наблюдений у пациентов старшей возрастной группы.

Ишемическая болезнь сердца была выявлена у пациентов 40–50 лет с некоторым преобладанием данной патологии у лиц мужского пола.

Нейроциркуляторная дистония статистически значимо ( $p \leq 0,05$ ;  $\chi^2 = 7,4$ ) преобладала у пациенток с невротическими расстройствами 16–29 лет, реже у 30–39 летних.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют, что ССП выявлена у большинства стационарных пациентов с НР. В структуре сопутствующих сердечно-сосудистых забо-

**Гендерные и возрастные особенности сердечно-сосудистой патологии у больных с невротическими расстройствами**

Возрастные группы	1 возрастная группа (16–29 лет)		2 возрастная группа (30–39 лет)		3 возрастная группа (40–50 лет)	
	м	ж	м	ж	м	ж
Число выявленных больных с сердечно-сосудистой патологией (абс.)	42	24	28	56	48	56
Выявленные сердечно-сосудистые заболевания (абс./%)						
Кардиомиопатии	2/4,7	4/16,6	8/28,6	12/21,4	20/41,6*	20/35,7*
Ишемическая болезнь сердца	0/0	0/0	0/0	0/0	6/12,5	4/7,1
Гипертоническая болезнь	2/4,7	2/8,3	4/14,3	4/7,1	21/43,7*	14/25,0
Нейроциркуляторная дистония	6/14,2	8/33,3*	4/14,3	10/17,8	0/0	4/7,1
Выявленная сердечно-сосудистая патология (абс./%)						
Симптоматическая артериальная гипертензия	4/9,5	8/33,3	6/21,4	12/21,4	4/8,3	8/14,3
Синусовая тахисистолия	0/0	3/12,5	2/7,1	4/7,1	10/20,8	2/3,6
Синусовая брадисистолия	0/0	2/8,3	6/21,4	0/0	8/16,6	8/14,3
Синусовая аритмия	2/4,7	0/0	2/7,1	0/0	4/8,3	3/5,3
Блокада Л.Н.П.Г.	4/9,5	4/16,6	0/0	6/10,7	4/8,3	4/7,1
Блокада П.Н.П.Г.	1/2,4	0/0	3/10,7	0/0	2/4,2	4/7,1
Экстрасистолия желудочковая	0/0	0/0	0/0	0/0	2/4,2	2/3,6
Суправентрикулярные экстрасистолы	0/0	0/0	0/0	0/0	3/6,2	2/3,6
Нарушения проводимости	2/4,7	2/8,3	0/0	4/7,1	5/10,4	7/12,5
Признаки гипертрофии л. ж.	0/0	0/0	5/17,8	0/0	4/8,3	3/5,3
Нарушение процессов реполяризации	3/7,1	4/16,6	3/10,7	4/7,1	12/25,0	18/32,1
Отклонение сегмента ST от изолинии	1/2,4	3/12,5	1/3,6	3/5,3	5/10,4	6/10,7
Пролапс митрального клапана	2/4,7	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1,8

леваний преобладали начальные стадии кардиомиопатии, гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии, нейроциркуляторная дистония. Выявлены возрастные особенности ССП в исследуемой группе: увеличение доли пациентов с проявлениями кардиомиопатии в старших возрастных группах, преобладание гипертонической болезни у мужчин 40–50 лет и нейроциркуляторной дистонии у женщин 16–29 лет.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М., 2000. – 386 с.
2. Бобров, А. Е. Психиатрия в общей медицинской практике (консультативная психиатрия) / А. Е. Бобров // Региональные аспекты оказания психиатр. помощи населению. – Пенза, 2008. – 12 с.
3. Василенко, В. Х. Миокардиодистрофия / В. Х. Василенко, С. Б. Фельдман, Н. К. Хитров ; Академия мед. наук СССР. – М. : Медицина, 1989.
4. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей практике : рук-во для врачей / А. Б. Смулевич. – М. : Мед. информ. аг-во, 2001. – С. 11–12.
5. Barsky, A. J. Palpitations, cardiac awareness, and panic disorder / A. J. Barsky // Am. J. Med. – 1992. – № 92. – P. 315–345.

## РЕЗЮМЕ

С. Н. Козлова, А. А. Краснов

**Возрастные особенности сердечно-сосудистой патологии у пациентов с невротическими расстройствами**

Обследованы 254 пациента различного возраста (118 мужчин и 136 женщин) с невротическими расстройствами. У 146 пациентов (57,4%) выявлены сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, включавшие кардиомиопатию, гипертоническую болезнь и симптоматические артериальные гипертензии, нейроциркуляторную дистонию, нарушения ритма и проводимости. Отмечено статистически значимое увеличение случаев кардиомиопатий ( $p \leq 0,05$ ;  $\chi^2 = 7,4$ ) у пациентов обоего пола и гипертонической болезни у мужчин ( $p \leq 0,05$ ;  $\chi^2 = 6,9$ ) среднего и старшего возраста, а также нейроциркуляторной дистонии у женщин молодого возраста ( $p \leq 0,05$ ;  $\chi^2 = 7,4$ ).

**Ключевые слова:** невротические расстройства, сердечно-сосудистая патология, коморбидные заболевания.

## SUMMARY

S. N. Kozlova, A. A. Krasnov

**Age features of cardiovascular pathology in patients with neurotic frustration**

254 patients of various ages (118 men and 136 women) with neurotic frustration were examined. Comorbid diseases of the cardiovascular system were diagnosed in 146 patients (57.4%). They included cardiomyopathies, hypertensive disease, symptomatic arterial hypertension, neurocirculatory dystonia as well as rhythm and conductivity disorders. The authors noticed statistically significant increase of cardiomyopathy cases ( $p \leq 0.05$ ;  $\chi^2 = 7.4$ ) in the patients of both genders, and of hypertensive disease in men ( $p \leq 0.05$ ;  $\chi^2 = 6.9$ ) of the middle and elderly ages, as well as increase of neuro-circulatory dystonia in young women ( $p \leq 0.05$ ;  $\chi^2 = 7.4$ ).

**Key words:** neurotic disorders, cardiovascular pathology, comorbid diseases.

© Коллектив авторов, 2011 г.  
УДК 616.33-002.44:616.891.7

О. А. Курамшина, А. Я. Крюкова,  
Л. В. Габбасова, А. Ш. Нафикова

## СИНДРОМ АСТЕНИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

### ВВЕДЕНИЕ

Наиболее частыми жалобами больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) являются слабость, снижение жизненного тонуса, физической активности, а также утомляемость, сонливость. Согласно МКБ-10 (R 53), их необходимо расценивать как невротическую слабость. В клинической практике все чаще оценивают это состояние как синдром хронической усталости, который практикующие врачи рассматривают как фон, на котором протекает основное заболевание – язвенная болезнь. При этом нервно-психовегетативные, эмоциональные

расстройства оформляются как психовегетативный, астено-невротический, депрессивный, астено-ипохондрический синдромы. Выделение этих синдромов у больных с ЯБЖ и ДПК является очень важным, так как его коррекция оказывает значительное влияние на эффективность лечения, качество жизни больного. А. С. Аведисова (2004) выделяет астенические состояния (астении), органические (соматогенно обусловленные) и функциональные реактивные.

**Цель исследования** – изучение распространенности синдрома астении, его проявлений, влияния на течение ЯБЖ и ДПК.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследованию подверглись три группы лиц: 157 лиц с язвенной болезнью ДПК, 22 с язвенной болезнью желудка, 66 с хроническим гастритом с повышенной секрецией и 50 человек контрольной группы, не предъявляющих жалобы со стороны органов системы пищеварения. Сравнительный анализ на физическом уровне проводился в соответствии с принятыми клиническими стандартами на основании клинических признаков и результатов анамнеза, лабораторных и инструментальных методов обследования. Астению оценивали с использованием шкалы ШАС. Статистическую обработку результатов проводили с помощью критерия Манна–Уитни, пакет программ SPSS.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что больные с язвенной болезнью и хроническим гастритом отличались не только клиническими признаками и вариантами течения заболевания, но и психоэмоциональными проявлениями. Так, при сравнении данных по шкале ШАС получено, что пациенты с язвенной болезнью набрали  $76,1 \pm 1,5$  балла, что указывает на наличие умеренной астении, в группе контроля –  $27,7 \pm 1,6$ , в группе больных с хроническим гастритом –  $55,6 \pm 0,5$  балла, что свидетельствует о наличии слабой астении ( $p=0,0001$ ). Одновременно выявлены общие симптомы для язвенной болезни и хронического гастрита, которые достоверно отличались от контрольной группы ( $p<0,05$ ). Однако клиническими наблюдениями установлено, что наличие симптомов астении, их выраженность различна и она не только отягощала состояние, но и оказывала отрицательное влияние на выздоровление пациентов. Так, в остром периоде, как при язвенной болезни, так и при хроническом гастрите, характерными симптомами были боли в области эпигастрия различной степени выраженности, изжога, чувство тяжести, дискомфорта, а также слабость, быстрая утомляемость, снижение общего тонуса, работоспособности.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследования выявлены более высокие показатели астении у больных с язвенной болезнью, ко-

торые оказывали влияние на клиническую картину заболевания и на выраженность болевого синдрома и диспепсических расстройств. Полученные данные необходимо учитывать при ведении данной категории пациентов в динамике, в ходе курсового лечения и в ходе диспансерного наблюдения.

## РЕЗЮМЕ

*О. А. Курамшина, А. Я. Крюкова, Л. В. Габбасова, А. Ш. Нафикова*

**Синдром астении при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

Приведены данные по профилю язвенной болезни с использованием теста СМОЛ, опросника Кеттела, шкалы астении (ШАС), которые должны учитываться при постановке диагноза, назначении лечебных мероприятий.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, тест СМОЛ, опросник Кеттела, шкала астении.

## SUMMARY

*O. A. Kuramshina, A. Ya. Kryukova, L. V. Gabbasova, A. Sh. Nafikova*

**Fatigue syndrome in gastric ulcer and duodenal ulcer**

The article presents data on the profile of peptic ulcer obtained with a MMPI test, Kettel questionnaire, and the scale of fatigue, which should be considered when making a diagnosis, and prescribing therapeutic measures.

**Key words:** peptic ulcer disease, the test MMPI, Kettel questionnaire, the scale of fatigue.

© А. Я. Крюкова, О. А. Курамшина, Л. В. Габбасова, 2011 г.  
УДК 616.33-002.44-009.7:616.89-008.1

**А. Я. Крюкова, О. А. Курамшина,  
Л. В. Габбасова**

## СИНДРОМЫ БОЛИ, НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

## ВВЕДЕНИЕ

Язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) сегодня рассматривают как гетерогенную группу заболеваний различной этиологии, характеризующихся наличием хронического язвенного дефекта в гастродуоденальной зоне. Основную роль в патогенезе заболевания отводят присутствию в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны *Helicobacter pylori* (H.p.). При этом следует иметь в виду, что изучение организма нужно

проводить с точки зрения влияния как внутренних (генетическая предрасположенность), так и внешних факторов риска (стрессовое воздействие, нарушения питания и др.), рассматривать как единое целое. Больные ЯБ двенадцатиперстной кишки в 86–91 % случаев связывают начало обострения заболевания с переживаемой стрессовой ситуацией [2]. Высокий уровень реактивной и личностной тревожности, а также психологические отклонения невротического и смешанного характера в зависимости от тяжести заболевания (выраженность болевого синдрома) присутствуют у больных с язвенной болезнью [1, 3, 4]. Мало исследований посвящено вопросам, связанным с нарушением пищевого поведения у больных с гастродуоденальной патологией.

**Цель** исследования – выделить особенности болевого синдрома, изучить расстройства пищевого поведения, психоэмоциональное состояние, личностные особенности больных ЯБ.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 143 человека, имеющих заболевания гастродуоденальной зоны. Основную группу составили больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения – 41 человек и ЯБ

в стадии ремиссии – 77 человек. Группы сравнения составили 36 больных с хроническим гастритом, ассоциированным с *H.p.*, в стадии ремиссии и 37 здоровых лиц, не имеющих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Все исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Диагнозы заболеваний верифицированы в соответствии со стандартами диагностики 2009 г. Оценку болевого синдрома проводили по шкале Ликерта. Тип пищевого поведения исследовался с помощью голландской скрининг-системы DEBQ (Dutch Eating Behaviour Quest). Для оценки личностных характеристик применялся Миннесотский многомерный личностный опросник – ММРІ, модифицированного Ф. Б. Березиным и др. (1981 г.) – «Мини-мульт», стрессоустойчивость оценивалась по методике Холмса–Рея (1967 г.), личностная и реактивная тревожность оценивалась по методике Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина, для анализа депрессии использовались шкалы депрессии Гамильтона и Бека. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы SPSS с использованием критерия *t* (ММРІ, Бека, Гамильтону, структура депрессии), Манна–Уитни (Холмса и Рея).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Интенсивность боли по шкале Ликерта составила  $5,9 \pm 0,5$  балла, что соответствует типу болевого синдрома, который крайне беспокоит (дневная активность и сон невозможны). У больных с ЯБ в стадии ремиссии этот показатель составил  $0,9 \pm 0,1$  балла (практически не беспокоит),  $p < 0,0001$ .

При анализе типов пищевого поведения у 8,3% больных с язвенной болезнью в стадии обострения отмечено эмоциогенное пищевое поведение (гиперфагическая реакция на стресс, эмоциональное переедание, «пищевое пьянство» по Шелтону). У 37,5% было выявлено экстернальное пищевое поведение – повышенная реакция больного на внешние стимулы (накрытый стол, посуда, звон бокалов). У 44,2% установлено ограничительное пищевое поведение (избыточные пищевые самоограничения и бессистемные строгие диеты).

Анализ профиля ММРІ в группе здоровых и больных ЯБ в стадии ремиссии показал усредненность показателей по всем шкалам многомерного личностного опросника. То есть колебания всех шкал не выходили за пределы нормативного диапазона (40–70 стандартных единиц), что свидетельствует об отсутствии психопатических расстройств у данной категории исследуемых лиц.

При анализе шкал ММРІ по шкалам 1, 2, 8, 9 в группе с ЯБ при обострении в сравнении с группой больных ЯБ в стадии ремиссии и здоровыми выявлены достоверные отличия ( $p < 0,0001$ ). Высокие показатели (более 70) отмечены по шкалам ипохондрии (1) –  $76,3 \pm 4,2$ , депрессии (2) –  $72,1 \pm 3,7$  и психоастении (7) –  $71,0 \pm 6,5$ ; для больных были характерны тревожно-мнительный и астено-невротический типы реагирования, нерешительность и постоянные сомнения, свойственны пассивность, покорность, а также нерешительность и постоянная тревожность, пробле-

мы решаются «уходом в болезнь». Несмотря на то, что в делах они старательны, добросовестны и высокоморальны, такие люди не способны самостоятельно принимать решения и при малейших неудачах легко впадают в отчаяние.

Также отмечен высокий показатель по шкале F  $61,1 \pm 9,9$ , который отражает установку больных на поиск помощи ( $p < 0,01$ ), то есть они нуждались в поддержке и руководстве со стороны. Одновременные пики по 1 и 7 шкалам и повышение профиля по 2 и 9 шкалам рассматриваются как пессимистическая бесперспективная оценка ситуации. В сочетании с высоким показателем по шкале F и относительно низкими показателями по шкале К они свидетельствуют о высокой степени тревожности и потребности в помощи данной группы пациентов.

Анализ стрессоустойчивости показал у больных с ЯБ в стадии обострения «пороговую» сопротивляемость к стрессовым ситуациям –  $233,8 \pm 40,9$  балла, что достоверно выше, чем в группах сравнения ( $p < 0,0001$ ).

Тревожность определяет поведение пациента, отражает его предрасположенность к тревоге, когда довольно большой спектр жизненных ситуаций воспринимается как угрожающий, опасный. Очень высокий уровень личностной тревожности связан с невротическим конфликтом, приводит к эмоциональным и невротическим срывам и психосоматическими заболеваниями [6].

Повышение уровня реактивной тревожности приводит к нарушению внимания и трудности сосредоточения, что, безусловно, влияет на качество жизни человека.

В исследуемых группах уровень личностной тревожности определялся как умеренный (в группе больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью в стадии ремиссии) и как высокий в стадии обострения. Чаще всего у лиц, страдающих ЯБ, регистрировались показатели высокой (более 46 баллов) и умеренной (31–45 баллов) личностной тревожности, и лишь у 3 больных этой группы определялся низкий уровень личностной тревожности (менее 31 балла). Тревожность как психологический преморбид можно считать внутренним фактором риска, нарушающим механизмы психологической адаптации, приводящим к нервно-психическим и соматическим расстройствам.

Анализ результатов шкалы депрессии Гамильтона выявил большой разброс показателей в группе больных с обострением ЯБ (от 6 и 37 баллов) и составил  $11,8 \pm 1,1$  балла. У больных ЯБ в стадии ремиссии разброс составил 0–23 балла, в среднем,  $9,7 \pm 1,1$ , у лиц с ХГ – 0–31 и  $7,1 \pm 1,1$  соответственно. В группе здоровых выявлен разброс показателей от 0 до 17, который составил в среднем  $5,7 \pm 0,9$  балла. Анализ структуры депрессии выявил, что 36,8% пациентов с ЯБ в стадии обострения отмечали подавленность настроения,  $p = 0,04$ ; ощущение несостоятельности, чувство усталости – 44,7%, беспокойство – 60,5%,  $p = 0,001$ ; нарушение сна, психическую тревогу в виде напряжения и раздражительности – 52,6% пациентов,  $p = 0,001$ ; соматическую тревогу различной степени выраженности – 89,5%; собственным здоровьем поглощены 52,6%,  $p = 0,001$ .

По шкале Бека уровень депрессии у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составил  $9,8 \pm 1,0$  балла в период обострения, в период ремиссии –  $9,5 \pm 1,6$ ; у больных хроническим гастритом и здоровых –  $6,4 \pm 1,0$  и  $6,0 \pm 0,8$  балла соответственно. При сравнении групп выявлено достоверное преобладание депрессивных расстройств у пациентов с обострением язвенной болезни по сравнению как со здоровыми, так и с другими группами сравнения ( $p < 0,05$ ). При этом в период обострения язвенной болезни уровень депрессии был достоверно выше, чем в период ремиссии ( $p < 0,05$ ).

Нужно иметь в виду, что депрессия может явиться исходом заболевания, но и сама болезнь способствует формированию депрессивных переживаний (порочный круг).

## ВЫВОДЫ

Проведенное исследование показало, что в клинике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, наряду с соматическими проявлениями (болевого синдрома), имеются и психоэмоциональные нарушения с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств, нарушений пищевого поведения. Таким образом, личность больных ЯБ имела характерные особенности, являющиеся факторами, предрасполагающими к развитию язвенной болезни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александров, С. А. Психоэмоциональные нарушения и условия их формирования у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / С. А. Александров // Психовегетативные аспекты внутренней патологии. – Тверь, 1992. – С. 96.

2. Логинов, А. С. Гормональные особенности патогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. С. Логинов [и др.] // Терапевт. арх. – 1986. – № 10. – С. 22–25.

3. Маев, И. В. Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта / И. В. Маев, Л. М. Бадерштейн, О. М. Антоненко // Клин. мед. – 2002. – № 11. – С. 8–13.

4. Сорокина, Е. А. Роль психического фактора в формировании пептических язв гастродуоденальной зоны / Е. А. Сорокина [и др.] // Терапевт. арх. – 2006. – № 2. – С. 82–87.

5. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. – М.: Медгиз, 1960. – 254 с.

6. Ханин, Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной тревожности Спилберга / Ю. Л. Ханин. – Л., 1979. – 68 с.

## РЕЗЮМЕ

А. Я. Крюкова, О. А. Курамшина, Л. В. Габбасова

**Синдромы боли, нарушения пищевого поведения, сопряженные с психоэмоциональными нарушениями при язвенной болезни**

Изучение личностных, психологических особенностей больного, болевого синдрома при обострении заболевания, а также расстройств пищевого поведения позволяет глубже представить картину болезни при гастродуоденальной патологии.

**Ключевые слова:** личность, язвенная болезнь, боль, пищевое поведение.

## SUMMARY

A. Ya. Kryukova, O. A. Kuramshina, L. V. Gabbasova

**Pain syndromes, eating disorders associated with psychoemotional disorders in peptic ulcer**

The study of personal and psychological characteristics of the patient, of the pain syndrome in exacerbations of the disease as well as of eating disorders opens the way to a better understanding of the clinical picture of the disease with associated gastroduodenal pathology.

**Key words:** personality, peptic ulcer disease, pain, eating behavior.

© Коллектив авторов, 2011 г.  
УДК 612.172.2:378.180.6

**А. Я. Крюкова, С. В. Быковский,  
Л. В. Габбасова, О. А. Курамшина,  
Л. С. Тувалева, Г. М. Сахаутдинова,  
Р. С. Низамутдинова, А. А. Камалова**

## ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА МЕТОДОМ ВАРИАЦИОННОГО АНАЛИЗА РИТМА СЕРДЦА

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

### ВВЕДЕНИЕ

Образ жизни, привычки поведения формируются с раннего возраста, а закрепляются во время обучения в шко-

лах, средних и высших учебных заведениях [1]. Привычки, связанные с риском для здоровья, приводят к отрицательным социальным последствиям. Поэтому укрепление здоровья является эффективным средством предотвращения многих социальных проблем и недостатков в охране здоровья населения [1–4]. Отношение к своему здоровью и установка на здоровый образ жизни являются наиболее важными социально-психологическими факторами, отражающими особенности мотивации, характерологические свойства личности. Умение заинтересовать этим подверженную изменениям студенческую молодежь важно для общества вследствие раннего выявления хронических заболеваний, раннего распознавания симптомов заболевания, познание факторов риска, способствующих обострению заболевания у лиц молодого возраста.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Применен метод вариационного анализа ритма сердца у 205 человек в возрасте от 22 до 25 лет (100 мужчин,

105 женщин). Выделены четыре группы: 1 группа, основная, 95 человек, студенты медицинского университета; 2 группа, сравнения, 40 человек, инструкторы фитнес-клуба, сопоставимые по полу и возрасту; 3 группа, сравнения, 35 человек, студенты уфимских вузов – граждане Индии; 4 группа, контроля, 35 человек в возрасте от 22 до 25 лет. Дана сравнительная оценка функциональных показателей в относительных величинах (%). Сравнение номинальных показателей с использованием  $\chi^2$  (пакет программ PASW Statistics 18). Метод временного и волнового анализа кардиоритма производили на аппарате «Омега-М». «Омега-М» – система комплексного компьютерного исследования функционального состояния организма человека, программно-аппаратный комплекс, предназначенный для анализа биологических ритмов организма человека, выделяемых из электрокардиосигнала в широкой полосе частот; определяет уровень и резервы сердечно-сосудистой системы (ССС), вегетативной и центральной регуляции (ВНС), а также оценивает отклонения этих показателей от нормы; оценивает энергетические ресурсы (ЭР) организма, психоэмоциональное состояние пациента (ПЭС); в режиме динамического наблюдения позволяет контролировать функциональное состояние пациента и оценивать эффективность различных методов терапии при проведении лечебно-профилактических мероприятий. Оценку показателей проводили согласно шкале 0–50–100%, насколько относительный показатель приближен представленным цифрам согласно программе аппарата «Омега М». По результатам обследования были сформированы пять групп: отличное здоровье – «здоров»; хорошее здоровье – «практически здоров»; среднее здоровье – «незначительные отклонения здоровья»; плохое здоровье – «состояние здоровья не соответствует норме»; очень плохое здоровье – «признаки патологических изменений».

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Если проследить во всех 4 группах уровень адаптации (ССС), на который влияет физическая активность, то максимальный уровень наблюдался у инструкторов и у студентов из Индии (таблица).

Сохранный показатель вегетативной регуляции держался на одном уровне во всех группах, что свидетельствует о способности молодого организма поддерживать процессы саморегуляции. Оценка показателя энергетического ресурса (ЭР) выявила наименьший показатель у студентов медвуза – 62%. То есть в этой группе имелись признаки нарушения взаимодействий подкорковых образований и работы желез внутренней секреции, на которое оказывают влияние действия стрессовых ситуаций, соблюдение режима дня и питания (образ жизни). Наблюдалось снижение показателя психоэмоционального статуса (ПЭС) – 66%, который отражает работу высшей нервной деятельности, и при регулярных стрессовых нагрузках истощение которой неизбежно. Самый высокий интегральный показатель здоровья оказался у студентов из Индии.

Показатели уровня здоровья в исследованных группах (%)

Группа	ССС	ВНС	ЭР	ПЭС	ИПЗ	ЧСС
1 группа, n=95	67	73	62	66	67	76
2 группа, n=40	84	89	77	77	82	73
3 группа, n=35	78	84	76	79	76	69
4 группа, n=35	69	76	67	69	74	76

Согласно программе аппарата «Омега М», в ходе анализа всех перечисленных функциональных показателей выдается результат о состоянии здоровья в форме интегральных показателей. Их анализ установил, что отличное здоровье в 67% имели студенты из Индии, студенты медицинского вуза имели показатели хуже, только 27% ( $\chi^2=1,6$ ;  $p=0,0001$ ), хуже были показатели у инструкторов – 30% ( $\chi^2=9,6$ ;  $p=0,002$ ) и в группе контроля – 34% ( $\chi^2=7,0$ ;  $p=0,009$ ). По показателю «отличное здоровье» имело место следующее распределение: группа контроля – 34% и студенты медицинского вуза – 26% ( $\chi^2=0,6$ ;  $p=0,4$ ); группа контроля – 34% и инструкторы – 30% ( $\chi^2=0,2$ ;  $p=0,7$ ), студенты медицинских вузов – 27% и инструкторы – 30% ( $\chi^2=1,8$ ;  $p=1,8$ ).

При сравнении показателя «хорошее здоровье» выявлено следующее: студенты-медики набрали 38% и инструкторы 63% ( $\chi^2=6,9$ ;  $p=0,009$ ); студенты медвуза и студенты из Индии – 38 и 22% соответственно ( $\chi^2=2,6$ ;  $p=0,1$ ); студенты-медики – 38% и группа контроля – 42% ( $\chi^2=0,97$ ;  $p=0,002$ ). При сопоставлении показателей среди индусов и инструкторов – 22 и 63% соответственно ( $\chi^2=11,9$ ;  $p=0,001$ ); индусов и группы контроля – 22 и 42% ( $\chi^2=3,1$ ;  $p=0,07$ ). Статистически незначимые различия также получены между инструкторами и группой контроля – 63 и 42% ( $\chi^2=2,9$ ;  $p=0,09$ ).

При сравнении по показателю «среднее здоровье» всех групп достоверные отличия получены лишь при сопоставлении студентов-медиков с инструкторами – 33 и 7% соответственно ( $\chi^2=9,4$ ;  $p=0,002$ ); студентов-медиков и индусов – 7 и 11% ( $\chi^2=5,8$ ;  $p=0,02$ ). Статистически недостоверными оказались данные по показателю «плохое здоровье».

## ВЫВОДЫ

Таким образом, вариационный анализ ритма сердца позволил ориентировочно предположить нарушения здоровья у студентов медицинского университета. Выявленное качество здоровья студентов требует проведения мероприятий, позволяющих улучшить его, ориентированных на изменение образа жизни, повышение гигиенической культуры, физического воспитания, так как организация медицинской помощи позволяет улучшить его только частично. Воспитательные меры должны начинаться со школьной скамьи, продолжаться в вузах и способствовать формированию основ крепкого здоровья.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Низамутдинова, Р. С. Организация и проведение школ здорового образа жизни среди обучающейся молодежи / Р. С. Низамутдинова, А. Я. Крюкова // Образовательные программы в профилактике заболеваний, улучшении качества жизни больных и здоровых в практике врача : рук-во для врачей. – Уфа, 2003. – 87 с.

2. Сенников, С. А. Школы укрепления здоровья : рекомендации по внедрению программы / С. А. Сенников, Л. Костович. – М., 2000. – 7 с.

3. Соболева, Н. П. Стратегическое направление развития системы профилактики / Н. П. Соболева, Ю. В. Михайлова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2000. – № 5. – С. 3–6.

4. Синецын, А. А. Повышение эффективности образовательной среды на основе здоровьесберегающей технологии обучения / А. А. Синецын // Научное обоснование основных понятий, обеспечивающих диссертационные исследования по актуальным проблемам современного образования : сб. науч. тр. – Шадринск : ШГПИ, 2006. – С. 132–137.

## РЕЗЮМЕ

А. Я. Крюкова, С. В. Быковский, Л. В. Габбасова, О. А. Курамшина, Л. С. Тувалева, Г. М. Сахаутдинова, Р. С. Низамутдинова, А. А. Камалова

Оценка здоровья студентов медицинского вуза методом вариационного анализа ритма сердца

Прививание студентам основ здорового образа жизни является неотъемлемой частью обучающего процесса наряду с изучением фундаментальных, клинических дисциплин. Будущий врач еще со студенческой скамьи должен следить за своим здоровьем, чтобы в будущем явиться примером для пациентов.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, студенты.

## SUMMARY

A. Ya. Kryukova, S. V. Bikovskiy, L. V. Gabbasova, O. A. Kuramshina, L. S. Tuvalava, G. M. Sakhautdinova, R. S. Nizamutdinova, A. A. Kamalova

Assessment of health in medical students by variance analysis of the heart rate

Knowledge of the healthy life style principles is an integral part of the university education program along with the study of fundamental clinical disciplines. A future doctor should take care of his/her health from the very first steps of professional education in order to be a good example for the patients.

**Key words:** healthy lifestyle, students.

© Коллектив авторов, 2011 г.  
УДК 616.33-002.44:616.092.12

А. Я. Крюкова, А. Ш. Нафикова,  
О. А. Курамшина, Л. В. Габбасова

## ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

### ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь – это хроническое, циклически протекающее заболевание с разнообразной клинической картиной и изъязвлением слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки. Заболевание склонно к прогрессированию с вовлечением в патологический процесс других органов пищеварения и развитием осложнений, угрожающих жизни больного.

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) – одно из наиболее распространенных заболеваний внутренних органов. Каждый шестой–десятый житель планеты страдает данной патологией. Максимальная заболеваемость приходится на возрастной период от 40 до 60 лет, составляя в этой группе 13%, старше 60 лет – около 9%. Соотношение дуоденальных и желудочных язв в целом составляет 4:1 и зависит от возраста больных. Так, у лиц молодого возраста оно составляет

13,0:1,0, а у пожилых – 1,0:1,7 [1–3]. С учетом высокой распространенности ЯБ крайне важно понимание причин ее возникновения, что обеспечивает высокую эффективность применяемых лечебных методик. Более 20 лет назад в гастроэнтерологии произошло «революционное» открытие, которое полностью изменило понимание причин развития ЯБ и подходы к ее лечению. Основным этиологическим фактором ЯБ был признан *Helicobacter pylori* (HP) [1–4]. Первые рекомендации по диагностике данной инфекции и лечению больных, у которых она обнаружена, были сформулированы в 1996 г. и получили название «Консенсус Маастрихт-1». Маастрихтский консенсус включает ЯБ в группу «обязательных» показаний к назначению антихеликобактерной терапии, причем в период как обострения, так и ремиссии [3, 4]. Клиническое и экспериментальное изучение больных язвой желудка или двенадцатиперстной кишки показало, что практически во всех случаях при тщательном исследовании можно выявить наличие тех или иных, иногда весьма тонких, пограничных психических расстройств.

Клиническая картина психических нарушений у язвенных больных по своей структуре весьма определена. Это, как правило, тревожные, мнительные, ранимые личности, достаточно эмоциональные, но не умеющие расслабиться, они постоянно как бы зажаты, жестко контролируют свои поступки. Любые малозначимые события они принимают слишком близко к сердцу, легко впадают в панику, постоянно нуждаются в опеке и руководстве извне, зависимы от более сильных личностей. **Цель** исследования – выявить изменения в физическом и психологическом статусе у больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 72 пациента с ЯБЖ и ДПК, ассоциированными с инфекцией *Helicobacter pylori*. Статистиче-



ская обработка результатов проводилась с применением t-критерия. Диагноз язвенной болезни у пациентов был верифицирован с помощью фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) и изучения биоптатов желудка двумя методами (гистологическое исследование и быстрый уреазный тест). Среди обследованных больных 23 пациентов страдали ЯБЖ, 49 – ЯБДПК. Эрадикационная терапия (ЭТ) включала омепразол (омез) 40 мг/сут., кларитромицин (клаксид) 1000 мг/сут. и амоксициллин (флемоксин соллютаб) 2000 мг/сут. После 10-дневного курса лечения больные продолжали принимать омез 20 мг в сут. в течение 10 дней. Для контроля рубцевания язвенных дефектов и эффективности ЭТ всем пациентам проводили повторно ЭГДС с биопсией. Качество жизни у всех больных исследовали с помощью опросника SF-36 до и после курса лечения.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На фоне лечения болевой синдром купирован на  $2,4 \pm 0,09$  сутки, аппетит нормализовался на  $11,1 \pm 0,07$  сутки. При контроле ФГДС язвенные дефекты зарубцевались у 42 пациентов (100%). При сравнении показателей качества жизни до и после ЭТ выявлено их достоверное повышение по шкалам физического функционирования (PF,  $48,1 \pm 2,5$  против  $33,1 \pm 2,8$  балла), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RF,  $42,2 \pm 2,6$  против  $28,2 \pm 2,4$  балла), интенсивности боли (BP,  $66,2 \pm 2,9$  против  $43,8 \pm 3,2$  балла), общего состояния здоровья (GH,  $57,5 \pm 3,3$  против  $31,2 \pm 3,2$  балла).

### ВЫВОДЫ

Полученные данные свидетельствуют о положительных изменениях в физическом статусе и качестве жизни больных ЯБЖ и ДПК после проведения ЭТ, а также на фоне приема антисекреторных препаратов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Ивашкин, В. Т.* Лечение язвенной болезни : новый век – новые достижения – новые вопросы / В. Т. Ивашкин, Т. П. Лапина // РМЖ. – 2002. – Т. 4. – С. 1–4.
2. *Минушкин, О. Н.* Язвенная болезнь / О. Н. Минушкин [и др.] – М., 1995. – 152 с.
3. *Циммерман, Я. С.* Этиология, патогенез и лечение язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*-инфекцией : состояние проблемы и перспективы / Я. С. Циммерман // Клини. мед. – 2006. – № 3. – С. 9–18.
4. *Шептулин, А. А.* Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori* : основные положения совещания «Маастрихт-3» / А. А. Шептулин, В. А. Киприанис // Российский журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – № 2. – С. 88–91.

### РЕЗЮМЕ

*А. Я. Крюкова, А. Ш. Нафикова, О. А. Курамышина, Л. В. Габбасова*

**Изменение качества жизни и психологического статуса больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне приема эрадикационной терапии**

Язвенная болезнь характеризуется, наряду с изменением психологических характеристик, изменением качества жизни, улучшение которого является одной из приоритетных задач в ходе лечения.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, качество жизни, эрадикационная терапия, психологический статус.

### SUMMARY

*A. Ya. Kryukova, A. Sh. Nafikova, O. A. Kuramshin, L. V. Gabbasova*

**Changes in the quality of life and psychological status of patients with gastric and duodenal ulcers on eradication therapy**

Peptic ulcer disease is characterized not only by changes in psychological characteristics but by changes in the quality of life, improvement of which is a priority in the course of treatment. Therefore one of the priority tasks in the management of such patients is improvement of their quality of life.

**Key words:** peptic ulcer disease, quality of life, eradication therapy, psychological status.

© А. М. Халиль, 2011 г.  
УДК 616.248+616.329-002

**А. М. Халиль**

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра госпитальной терапии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова

### ВВЕДЕНИЕ

Лидирующие позиции среди заболеваний желудочно-кишечного тракта занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Согласно данным эпидемиологических исследований, клинические проявления ГЭРБ выявляются у 21–40% взрослого населения Западной Европы [4]. Распространенность ГЭРБ в России среди взрослого населения составляет 40–60% [2, 3]. Помимо основных клинических проявлений заболевания, имеется значительное количество внепищеводных симптомов, среди которых чаще всего встречаются кашель и приступы удушья [1, 4, 9]. Обсуждается возможная роль ГЭРБ как в развитии бронхиальной астмы (БА), так и в формировании особенностей ее клинического течения [1, 7–11]. Рассматриваются два ведущих механизма влияния ГЭРБ на

Т а б л и ц а 1

Клиническая характеристика больных в разных группах			
Показатель	Больные ГЭРБ, n=30	Больные БА, n=40	Больные ГЭРБ+БА, n=30
Возраст, лет	39,5±2,4	52,1±2,6	55,3±2,3
Мужчины	15 (50 %)	10 (25 %)	4 (13,3 %)
Женщины	15 (50 %)	30 (75 %)	26 (86,7 %)
Одышка	2 (6 %)	35 (87,5 %)	29 (96,6 %)
Ночные приступы БА	0 (0 %)	8 (20 %)	25 (83,3 %)
Изжога	23 (76,6 %)	4 (10 %)	25 (83,3 %)
Кашель	2 (6,6 %)	33 (82,5 %)	28 (93,3 %)
Боли в эпигастрии	23 (76,6 %)	1 (2,5 %)	14 (46,6 %)
Осиплость голоса	3 (7,5 %)	3 (7,5 %)	18 (60 %)
Курение	10 (33,3 %)	15 (37,5 %)	9 (30 %)

Т а б л и ц а 2

Результаты инструментальных исследований			
Показатель	Больные ГЭРБ	Больные БА	Больные ГЭРБ+БА
ЖЕЛ	112±1,5	85,5±1,8	77,4±2,2
ОФВ1	105,4±1,7	67,4±2,3	59,1±2,4
Индекс Тиффно	95,6±1,4	70,8±1,9	61,1±1,7

течение БА. Первый обусловлен забросом кислого желудочного содержимого в просвет бронхиального дерева и прогрессированием, вследствие этого, воспалительного процесса, а второй – стимуляцией вагусных рецепторов дистальной части пищевода [5, 6].

**Целью** нашего исследования явилась оценка влияния ГЭРБ на течение БА.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 100 больных (средний возраст – 48,9±1,8 года), из них 29 мужчин и 71 женщина, находившихся на лечении в клинике госпитальной терапии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, с декабря 2009 г. по март 2011 г. Первая группа (30 пациентов, 15 мужчин и 15 женщин) представлена больными ГЭРБ, не имеющими клинических признаков БА; во вторую группу (40, из них 10 мужчин и 30 женщин) были включены больные БА среднетяжелого течения без признаков ГЭРБ, в третью – больные, имеющие сочетание указанных заболеваний (30 пациентов, 4 мужчин и 26 женщин).

Исследования проводились после добровольного информированного письменного согласия больных. Помимо общеклинических исследований, больным проводили определение функции внешнего дыхания, клинический анализ крови, исследование содержания интерлейкина-4, интерферона гамма и фактора некроза опухоли альфа, а также анализ вариабельности сердечного ритма.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистических пакетов программ

Microsoft Excel. В группах с нормальным распределением данных использовали t-критерий Стьюдента, в выборках с ненормальным распределением применяли непараметрические критерии Вилкоксона и Манни–Уитни.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительный анализ клинических проявлений в исследуемых группах (табл. 1) показал, что в группе сочетанной патологии достоверно чаще встречались ночные приступы удушья и осиплость голоса, одышка и кашель. Все это свидетельствовало о более тяжелом течении БА в случае сочетания с ГЭРБ, что подтверждалось и данными исследования функции внешнего дыхания. У больных с сочетанной патологией выявлены более выраженные obstructивные изменения, проявляющиеся низкими показателями ОФВ1 и индекса Тиффно (табл. 2), а также более значительное снижение ЖЕЛ (во всех случаях  $p < 0,05$ ).

Проведенные нами исследования подтверждают роль гастроэзофагального рефлюкса в прогрессировании аллергического воспаления – у больных с сочетанной патологией отмечают наиболее выраженные сдвиги цитокинового профиля в сторону провоспалительных цитокинов. В данной группе отмечены наиболее высокие уровни эозинофилии крови, уровня интерлейкина-4, наиболее низкий уровень интерферона гамма и наиболее высокий коэффициент соотношения IFN- $\gamma$ /IL-4.

При исследовании показателей состояния вариабельности сердечного ритма подтверждается значимость парасимпатикотонии как патогенетического фактора, способствующего более тяжелому течению БА в сочетании с ГЭРБ. У больных ГЭРБ+БА по сравнению с группой ГЭРБ отмечено уменьшение  $TP_{HR}$  ( $4226 \pm 100; 3199 \pm 270$  мс<sup>2</sup>,  $p < 0,03$ ), за счет  $VLF_{HR}$  ( $870 \pm 57; 350 \pm 143$  мс<sup>2</sup>),  $LF_{HR}$  ( $1148 \pm 105; 611 \pm 112$  мс<sup>2</sup>),  $HF_{HR}$  ( $1938 \pm 145; 1578 \pm 143$  мс<sup>2</sup>). Значения  $LF/HF$  составили у больных ГЭРБ  $1,54 \pm 0,4$ ; у ГЭРБ+БА –  $1,34 \pm 0,23$  у. е. В группах преобладали пациенты с нормотоническим типом регуляции (ГЭРБ/ГЭРБ+БА 50%); пациентов с парасимпатическим (31/36%) типом регуляции было выше у больных ГЭРБ+БА, а с симпатическим (25/14%) типом – у пациентов с ГЭРБ. По активности высших центров регуляции больные не различались между собой ( $p > 0,05$ ). Значение  $BR$  у больных ГЭРБ было выше, чем у больных ГЭРБ+БА (9,4 и 7,8 мс/мм).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бейтуганова, И. М. Рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма / И. М. Бейтуганова, А. Г. Чучалин. – М.: Мед. биб-ка, 2000. – 10 с.

Т а б л и ц а 3

Показатели концентрации цитокинов и коэффициента IFN- /IL-4 при ГЭРБ и БА				
Цитокин, индекс (M± )	IL-4 (пг/мл)	IFN- (пг/мл)	IFN- /IL-4	TNF- (пг/мл)
Нозология				
ГЭРБ	19±0,6	126,9±12,4	6,7±1,3	4,6±0,6
БА	70,1±3,26	35,3±1,2	0,4±0,1	5,9±1,4
БА+ГЭРБ	107,1±3,7	30,7±2,1	0,2±0,07	5,2±0,7
Контроль	3,4±7,0	90,5±310,7	18,1±12,7	8,9±8,3

2. Лазебник, Л. Б. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России»

(МЭГРЕ): первые итоги / Л. Б. Лазебник, А. А. Машарова, Д. С. Бордин // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. – 2009. – № 6. – С. 4–12.

3. Маев, И. В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болез-

Таблица 4

## Лабораторные показатели

Признак	Больные ГЭРБ, n=30	Больные БА, n=40	Больные ГЭРБ+БА, n=30
Лейкоциты	6,4±0,3	10,1±0,6	10,5±0,8
Эозинофилия	2,1±0,2	6,3±0,5	9,3±0,4
СОЭ	9,0±1,3	15,4±1,5	15,7±1,6

ни / И. В. Маев [и др.] // *Терапевт. арх.* – 2007. – Т. 79. – № 3. – С. 57–66.

4. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / под общ. ред. В. Т. Ивашкина. – М., 2003. – С. 266–276.

5. Трофимов, В. И. Бронхиальная астма / В. И. Трофимов. – 2006. – С. 17–151.

6. Федосеев, Г. Б. Бронхиальная астма / Г. Б. Федосеев. – 2006. – С. 17–151.

7. Araujo, A. C. Bronchial responsiveness during esophageal acid infusion / A. C. Araujo [et al] // *Lung.* – 2008. – Vol. 186. – № 2. – P. 123–128.

8. Daoui, S. Tachykinins and airway microvascular leakage induced by HCl intraoesophageal instillation / S. Daoui [et al] // *Eur. Respir. J.* – 2002. – Vol. 20. – № 2. – P. 268–273.

9. Harding, S. M. Acid reflux and asthma / S. M. Harding // *Curr. Opin Pulm. Med.* – 2003. – Vol. 9. – № 1. – P. 42–55.

10. Morehead, R. S. Gastro-oesophageal reflux disease and non-asthma lung disease / R. S. Morehead // *Eur. Respir. Rev.* – 2009. – Vol. 18 (114). – P. 233–243.

11. Singh, V. Effect of intraoesophageal acid instillation on airway reactivity in patients with asthma / V. Singh [et al] // *J. Assoc. Physicians. India.* – 2000. – Vol. 48. – № 6. – P. 601–602.

## РЕЗЮМЕ

*А. М. Халиль*

**Особенности течения бронхиальной астмы в сочетании с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью**

Наличие признаков ГЭРБ у больных бронхиальной астмой приводит к более активному течению аллергического воспаления, следствием чего является прогрессирование бронхиальной обструк-

ции. Существенную роль может играть наличие признаков ваготонии, которая, по данным литературы, также приводит к более выраженным обструктивным нарушениям. Наличие характерных для сочетания БА и ГЭРБ ночных приступов удушья может рассматриваться как признак, помогающий заподозрить наличие ГЭРБ у больного бронхиальной астмой.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь.

## SUMMARY

*A. M. Khalyle*

**Clinical features of bronchial asthma associated with gastroesophageal reflux disease (GERD)**

The presence of activates allergic inflammation and leads to bronchial obstruction progression. Vagotonia – according to the literature data – may lead to more pronounced obstructive disorders. The presence of nocturnal suffocation that is characteristic of BA coupled with GERD may be of help in suspecting the presence of GERD in BA patients.

**Key words:** bronchial asthma, gastroesophageal reflux disease.

## ВНИМАНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ!

Сообщаем Вам, что на журнал «Ученые записки» проводится подписка по каталогу «Роспечати». Подписной индекс для организаций и частных лиц – **29579**.

Информацию о подписке на журнал «Ученые записки» Вы также можете получить в издательстве СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.

*Адрес:* 193089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6/8

*Телефон:* (812) 234-27-78, 953-73-17

*Факс:* (812) 234-01-25

© Н. А. Метляева, 2011 г.  
УДК 577.346+616-001.28]-02:614.876

Н. А. Метляева

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ТЯЖЕЛОЙ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ И МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ В АВАРИИ ЧАЭС (25 лет наблюдения)

Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна, Москва

Эффективность процесса адаптации в значительной мере определяет успешность деятельности и сохранения физического и психического здоровья. Представление о ранее сформулированной стадийности психической адаптации позволило ряду авторов [1, 2] выделить три периода: первичной (не более 3 лет), стабильной адаптации (4–10 лет) и адаптационного утомления (больше 10 лет). Описанная стадийность адаптации подтверждена и другими авторами [3, 4]. Продолжительность каждого из названных периодов стадийности психической адаптации может варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей личности и от того или иного влияния средовых воздействий, но сама закономерность чередования (в условиях, предъявляющих повышенные требования к адаптационным механизмам) первичной, затем стабильной адаптации и адаптационного утомления остается неизменной. Психическая адаптация популяции в значительной мере определяется особенностями индивидуальной психической адаптации. При групповых нормативах результаты конкретного человека с высокой работоспособ-

ностью могут всегда попадать только в зону высоких значений, по которым нельзя установить момент, когда человек будет работать хуже обычного уровня [5].

Цель исследования – социально-психологическая оценка восстановления после тяжелой острой лучевой болезни (ОЛБ) и местных лучевых поражений Г.О.И., пострадавшего в аварии ЧАЭС (25 лет наблюдения) по данным особенностей его индивидуальной психической адаптации и периодов стадийности психической адаптации. Задачами психофизиологического обследования были оценка профиля личности и актуального психического состояния (тест ММРІ); характерологическая оценка личности (тест Кеттелла); оценка образно-логического мышления по данным теста Равена; оценка операторской работоспособности по данным сенсомоторных реакций (ПСМР, ССМР) и реакции на движущийся объект.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Г.О.И., 1960 г. рождения, работал оператором 4-го блока ЧАЭС с 1983 г. по апрель 1986 г. Общая доза облучения на тело, по данным цитогенетического исследования, составила 2,7 Гр, на щитовидную железу – 1125 сЗв, инвалид II группы.

Психологическое обследование Г.О.И. с использованием теста ММРІ в динамике (6 исследований) проводилось с 1999 по 2011 гг., т. е. в периоде отдаленных последствий, перенесенной им в 1986 г. ОЛБ III степени тяжести от общего равномерного  $\gamma$ -излучения, лучевой катаракты I–II степени правого и левого глаза соответственно, множественных лучевых ожогов I–II степени в виде фиброзно-атрофических изменений кожи груди, предплечий, живота, правого бедра и обеих стоп, язвенного дефекта (1 см) на уровне нижнего края большой грудной мышцы.

На последний период обследования в клинике (с 31 января 2011 г. по 15 февраля 2011 г.) у Г.О.И. остаются жалобы на повышенную утомляемость, раздражительность, сухость и стянутость кожных покровов пораженных областей, особенно в области грудной клетки. Отмечает прибавку в весе, боли

в коленных и локтевых суставах при движении. Сохраняются признаки напряженности кроветворения в виде умеренной по величине и преходящей лейкопении и тромбоцитопении. Имеет сниженную толерантность к привычным нагрузкам. Водит машину, занимается общественной деятельностью. Авария и ее последствия находятся на долговременном хранении в памяти. Не переносит полет на самолете, имеет немотивированный страх перед любыми техническими средствами.

В результате проведенных исследований можно отметить, что большинство показателей, характеризующих профиль личности Г.О.И., расположены в границах популяционной статис-

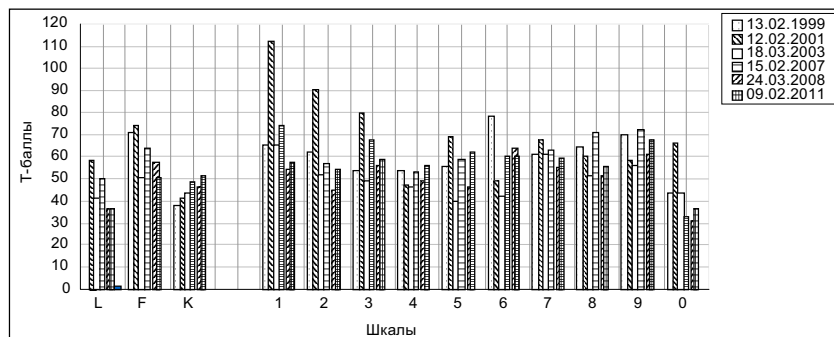


Рис. 1. Психологический профиль многостороннего исследования личности (ММРІ) больного Г.О.И. с отдаленными последствиями ОЛБ III ст. тяжести, пострадавшего в аварии ЧАЭС, за период 1999–2011 гг. Шкалы достоверности: L – лжи; F – надежности; K – коррекции. Основные шкалы ММРІ: 1Hs – ипохондрии; 2D – депрессии; 3Hy – истерии; 4Pd – психопатии; 5Mf – мужественности/женственности; 6Pa – паранойи; 7Pt – психастении; 8Sch – шизофрении; 9Ma – мании; 0Si – интроверсии

тической нормы (<70>30) на шкале Т-баллов, за исключением отдельных показателей в 2001 и 2007 гг. (рис. 1).

В 2001 г. у Г.О.И. выявлялось перенапряжение (>80 Т-баллов) психологической адаптации, которое проявлялось в виде обеспокоенности состоянием физического здоровья (шкала 1-Нs-111,5 Т-балла) и тенденции к тревожно-депрессивному состоянию (шкалы 2-D-90,4 и 9-Ма-58,0 Т-балла), затруднении при принятии решений (шкала 7-Rt-67,6 балла), выраженной склонности к привлечению внимания к своим проблемам и симптомам (шкала F-70,8 Т-балла). Это состояние было обусловлено оперативным вмешательством по поводу лейомиомы нижнего отдела пищевода.

Кроме того, напряжение психофизиологической адаптации (проблемы в семье) проявилось в 2007 г. в виде выраженной обеспокоенности состоянием физического здоровья (шкала 1-Нs-74,0 Т-балла), обусловленное перенесением межличностных отношений на процессы, происходящие в организме, в виде усиления неприятных соматических ощущений (подъем АД до 160/110 мм рт. ст.), склонности привлекать внимание к имеющимся симптомам и необычным формам поведения, отличающейся демонстративностью, ориентировкой на внешнего наблюдателя, стремлением отрицать любые трудности социальной адаптации (шкала F-64,0), вытеснять тревожность демонстративным поведением (шкала 3-Ну-67,8 балла), склонностью к повышенной активности и переоценке собственных возможностей (шкала 9-Ма-72,0 балла). В остальные годы психофизиологического обследования (1999, 2003, 2008 и 2011 гг.) показатели, характеризующие отношение к состоянию физического здоровья, были в границах нормы, определяющей эффективную психофизиологическую адаптацию, и выражались в виде озабоченности (шкала 1-Нs-65,0 балла) в 1999 г. и некоторой озабоченности состоянием физического здоровья (шкала 1-Нs-54,5 и 57,5 балла) в 2008 и 2011 гг. соответственно. Тревожность (2-B-56,8 Т-балла) при этом успешно вытеснялась из сознания демонстративностью поведения (шкала 3-Ну-67,8 Т-балла).

При оценке усредненных показателей теста ММРІ за годы наблюдения (1999–2011 гг.), можно отметить, что показатели, характеризующие профиль личности Г.О.И., не выходят за границы нормальных значений, за исключением представленного выше показателя 1-Нs, определяющего отношение к состоянию физического здоровья (рис. 2).

При сопоставлении усредненных показателей, характеризующих эффективную психофизиологическую адаптацию по тесту ММРІ (рис. 2) и характерологические особенности личности Г.О.И. по тесту Кеттелла (рис. 3), можно отметить, что ведущим усредненным фактором, характеризующим личность, является 9-Ма, который определяет тенденцию к гипертимному состоянию личности при умеренном снижении на шкале 2-D и резком снижении на нулевой шкале

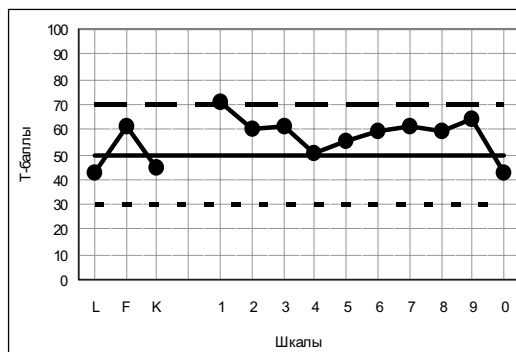


Рис. 2. Усредненный профиль теста ММРІ больного Г.О.И. с отдаленными последствиями ОЛБ III ст. тяжести, пострадавшего в аварии ЧАЭС, за период 1999–2011 гг.

(рис. 2). Для лиц этого типа характерны оптимистичность, общительность, способность к высокой активности, непринужденность в общении, вплоть до переоценки своих возможностей и недостаточного учета препятствий (фактор F-10-9-8 и F2-10-стен). Эмоциональная яркость (фактор А-7-10-стен) у Г.О.И., доминантность, властность, склонность к лидерству (фактор Е-8-9-стен), высокая энергичность, тяга к риску (фактор Н-10-9-стен) имеют тенденцию к росту. Повышенная самооценка, склонность к соперничеству и аффективной ригидности (фактор L-10-стен) держится стабильно все годы наблюдения на высоком уровне (рис. 3).

Перечисленные выше характерологические особенности личности Г.О.И. способствуют постепенному снижению показателей, характеризующих такие особенности личности, как тревожность (фактор F1-8-6-7,4-стен), напряженность, недовольство ситуацией и своим положением в ней (фактор О-10-8-стен), тревогу по поводу неудовлетворенных потребностей, фрустрированность (фактор Q4-8-10-9-стен). Снижению указанных выше показателей способствуют, прежде всего, достаточно высокий уровень интеллекта (фактор В-8-5-стен) и нормальный уровень образно-логического мышления (тест Равена), стремление к соблюдению социальных норм и правил, чувство долга и законопослушность (шкала 4-Pd-46,0-56,1 Т-балла), склонность к росту интегративности и стеничности

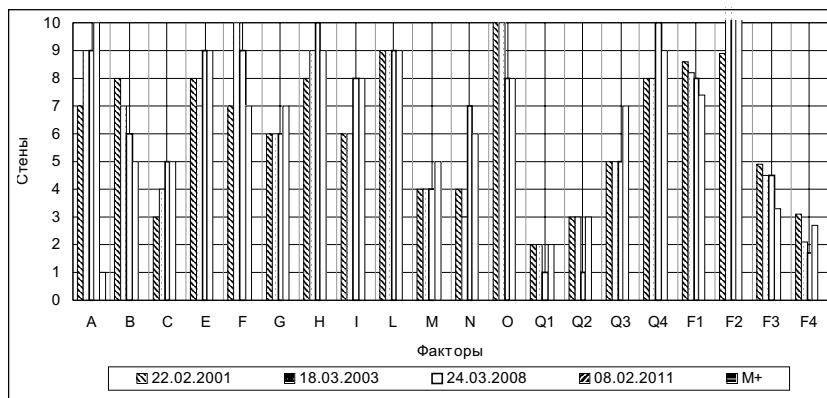


Рис. 3. Характерологические особенности личности по данным теста Кеттелла больного Г.О.И. с отдаленными последствиями ОЛБ III ст. тяжести, пострадавшего в аварии ЧАЭС, за период 2001–2011 гг.

поведения, эмоциональной зрелости, устойчивости (фактор С-3,0-5,0 стен), добросовестности, приверженности чувству долга, ответственности (фактор G-6-7 стен), росту воспитанных форм поведения, сдержанности, корректности, «светскости» (фактор N-3,0-7,0-6,0 стен).

В результате в динамике к 2011 г. выявляется тенденция к отрицанию затруднений, конфликтов, каких-либо форм социального неблагополучия и определения своего поведения в соответствии с принятыми нормами, возрастает потребность в социальных связях, в общении с новыми людьми, живость эмоционального отклика, способность переносить неизбежные трения без реакций тревоги и подавленности, т. е. нарастает социальная экстрарверсия (шкала К-38,2-51,2 стена) (рис. 1).

При сравнительной оценке операторской работоспособности Г.О.И. с усредненными показателями контрольной группы (оперативный персонал АЭС), сенсомоторных реакций в виде простой сенсомоторной реакции (ПСМР), сложной сенсомоторной реакции (ССМР) и реакции на движущийся объект (РДО) можно отметить, что время выполнения ПСМР Г.О.И. составляет  $283 \pm 81$  мс по сравнению со средним значением ПСМР для оперативного персонала АЭС  $260 \pm 56$  мс. Время выполнения ССМР у Г.О.И. –  $389 \pm 75$  мс, у персонала АЭС –  $407 \pm 90$  мс. Время реакции на движущийся объект у Г.О.И.  $1020 \pm 50$  мс, у персонала АЭС –  $1002 \pm 16$ . При этом верно выполненных реакций 16, пропусков нет, ошибка – 1 (недопустимая граница ошибок –  $T > 4$ ). Таким образом, операторские способности у Г.О.И. сохранены в полном объеме, и он может выполнять работу оператора без контакта с радиацией.

## ВЫВОДЫ

1. Усредненный профиль многостороннего исследования личности (ММРП) и динамика показателей по годам наблюдения (1999–2011 гг.) регистрируются в границах популяционной статистической нормы ( $<70 > 30$ ) на шкале Т-баллов и свидетельствуют об эффективности психофизиологической адаптации Г.О.И., перенесшего ОЛБ III степени тяжести и множественные местные лучевые поражения I–II степени (80%).

2. Динамика эмоционального напряжения и напряженность его психической адаптации (тест Кеттелла) соответствуют удельному весу нарушений психической адаптации, характерному для периода стабильной адаптации.

3. Тенденция к гипертимному типу личности, не выходящая за пределы нормальных показателей, с характерным для этого состояния оптимизмом, общительностью, высокой активностью, энергичностью, непринужденностью к общению способствует эффективности психофизиологической адаптации.

4. Сохраняются относительно высокие показатели интеллекта (фактор В-8-7-6-5 стен) и образно-логического мышления (имеются сложности в аналитико-синтетической мыслительной деятельности).

5. Сравнительная оценка операторской способности Г.О.И. показала, что она сохранена в полном объеме на уровне показателей оперативного персонала АЭС, и он может выполнять работу оператора без контакта с радиацией.

6. Эффективность психофизиологической адаптации зависит не только от дозы облучения и тяжести перенесенного заболевания, но в большей мере от преморбидных свойств личности пострадавшего и его социально-трудовой установки.

7. Индивидуальные особенности психофизиологической адаптации Г.О.И. и его выраженные личностные черты, несмотря на тяжелую острую лучевую болезнь и местные лучевые поражения, в значительной мере соответствуют требованиям среды и определили его поведение и выздоровление.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Березин, Ф. Б. Некоторые закономерности психической и психофизиологической адаптации человека / Ф. Б. Березин // Тезисы докл. II Всесоюз. конф. по адаптации человека к различным географическим, климатическим и производственным условиям. – Новосибирск, 1977. – Т. 4. – С. 119–121.
2. Березин, Ф. Б. Адаптация человека к условиям Севера и психическое здоровье / Ф. Б. Березин, Е. Д. Соколова // Тезисы докл. IV междунар. симп. по приполярной медицине «Научно-технический прогресс и приполярная медицина». – Новосибирск, 1978. – Т. 1. – С. 252–253.
3. Короленко, Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях / Ц. П. Короленко. – Л., 1978. – 150 с.
4. Соколова, Е. Д. Клинические аспекты нарушений психической адаптации / Е. Д. Соколова, В. Ф. Калачев, А. А. Долныкова // Псих. адаптация человека в условиях Севера. – Владивосток, 1980. – С. 77–96.
5. Якимович, Н. В. О возможности применения в системе предполетного медицинского контроля методики оценки психической работоспособности / Н. В. Якимович // Материалы VII Междунар. науч.-практ. конгресса «Человек в экстремальных условиях: клинико-физиологические, психологические и санитарно-эпидемиологические проблемы профессиональной деятельности». – М., 2010. – С. 74–77.

## РЕЗЮМЕ

*Н. А. Метляева*

**Социально-психофизиологическая оценка состояния здоровья пострадавшего от тяжелой острой лучевой болезни и местных лучевых поражений в аварии ЧАЭС (25 лет наблюдения)**

Обобщен клинический опыт наблюдения и лечения пациента, пострадавшего от тяжелой лучевой болезни вследствие Чернобыльской аварии. Представлены результаты клинического и психофизиологического наблюдения обследования в динамике.

**Ключевые слова:** острая лучевая болезнь, ионизирующее излучение, Чернобыльская авария, местные лучевые поражения, адаптация.

## SUMMARY

*N. A. Metlyayeva*

**Socio-psycho-physiological estimation of the health condition in a victim of chernobyl accident (25 years of supervision)**

The paper summarizes the clinical experience in management of a patient-victim of Chernobyl accident and presents the results of dynamic clinical and psycho-physiological examinations.

**Key words:** acute radiation disease, ionizing radiation, Chernobyl accident, local radiation injuries, adaptation.

© Н. М. Бушара, 2011 г.  
УДК 616-097-022-084:616.89+613.885

**Н. М. Бушара**

## **СРАВНЕНИЕ ПРИВЕРДЕННОСТИ СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С РИСКОВАННЫМ УРОВНЕМ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И РИСКОВАННЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПРОГРАММЕ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ «ИНТЕРВЕНЦИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВЫХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ»**

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова; Институт фармакологии имени А. В. Вальдмана, Санкт-Петербург

### **ВВЕДЕНИЕ**

По данным на 2009 г., в России зарегистрировано около миллиона ВИЧ-инфицированных лиц, и показатель количества инфицированных является одним из самых быстро растущих в мире [7]. Причем если раньше вирус распространялся преимущественно инъекционным путем среди потребителей наркотиков, то в настоящее время ВИЧ-инфекция распространяется половым путем в общую популяцию [3, 7]. Одним из факторов, провоцирующих половое поведение, связанное с риском ВИЧ-инфицирования, является злоупотребление алкоголем [1, 3, 8, 9]. В экспериментальных моделях было показано, что потребление алкоголя стимулирует репликацию ВИЧ, а высокий уровень вирусной нагрузки может увеличить риск передачи инфекции [2, 11]. В связи с этим программы, направленные на снижение потребления алкоголя (и, как следствие, снижение рискованного сексуального поведения), целесообразно включать в мероприятия по профилактике распространения ВИЧ-инфекции. Метаанализ исследований, посвященных проблемам ВИЧ, показал, что профилактические программы, ориентированные на потребителей наркотиков, могут быть успешными в снижении рискованного сексуального поведения [10]. Существующие меры по профилактике ВИЧ-инфекции и снижению риска передачи ВИЧ половым путем в России ограничиваются распространением презервативов, ВИЧ-тестированием и дотестовым и послетестовым ВИЧ-консультированием [4]. Интервенционные вмешательства, направленные на сокращение рискованного сексуального поведения среди ВИЧ-инфицированных, злоупотребляющих алкоголем, в России не проводились [5]. В рам-

ках данного исследования были разработаны интервенции по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции среди ВИЧ-инфицированных пациентов, злоупотребляющих алкоголем (больше 14 стандартных порций алкоголя в неделю (или больше 4 порций в день) для мужчин и больше 7 стандартных порций алкоголя в неделю (или больше 3 порций в день) для женщин) и имеющих рискованное сексуальное поведение (незащищенные половые контакты за последние 6 месяцев)

**Цель** исследования – сравнение приверженности стационарных и амбулаторных ВИЧ-инфицированных пациентов с рискованным уровнем потребления алкоголя и рискованным сексуальным поведением программе по вторичной профилактике ВИЧ-инфекции «Интервенции по формированию здоровых взаимоотношений».

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

700 ВИЧ-инфицированных пациентов (из них 367 амбулаторных и 333 пациента инфекционного стационара) с рискованным уровнем потребления алкоголя и рискованным сексуальным поведением были рандомизированы в две группы: группу интервенций по формированию здоровых взаимоотношений (интервенционная группа) – 350 чел. (возраст –  $30,1 \pm 5,2$  года) и в группу сравнения – 350 чел. (возраст –  $30,1 \pm 5,2$  года). В **интервенционных группах** адаптированные индивидуальные и групповые сессии когнитивно-поведенческой психотерапии были сфокусированы на стратегиях снижения риска и включали в себя сообщение о ВИЧ-статусе половым и инъекционным партнерам для стимуляции использования презервативов и прекращения обмена иглами, сообщение о ВИЧ-статусе членам семьи и друзьям для формирования социальной поддержки и создание плана действий по поддержанию поведения, направленного на снижение риска ВИЧ-инфицирования. Программа включала в себя три 2,5-часовые структурированные смешанные по полу групповые сессии и две часовые индивидуальные сессии на протяжении 5–10 дней. Индивидуальные сессии проводились до и после групповых сессий.

Участники **контрольной группы** сравнения прошли обучение здоровому образу жизни по схеме, аналогичной интервенционной группе по количеству сессий и продолжительности каждой сессии. Содержание сессий было акцентировано на общих вопросах, связанных со здоровьем, таких как правильное питание и управление стрессом. Все участники прошли клинико-психологическую оценку состояния в начале исследования и через 6 и 12 месяцев после рандомизации с помощью специально разработанного для данного исследования структурированного клинического интервью. В качестве основных переменных были выбраны поведение, связанное с повышенным риском передачи ВИЧ-инфекции (половым и инъекционным путем) и наличие заболеваний, передающихся половым путем. Кроме того, у всех участников оценивались такие показатели, как потребление алкоголя по методике ретроспективного анализа за последние 30 дней (для стационарных пациентов –

за последние 30 дней до госпитализации), качество жизни, суицидальное поведение, количество передозировок, депрессия по шкале депрессии Бека, готовность пациента раскрыть свой ВИЧ-статус.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил  $30,1 \pm 5,2$  года, 60% участников – мужчины. 60% испытуемых являлись потребителями инъекционных наркотиков, у 64% была диагностирована алкогольная зависимость, среднее количество потребляемого алкоголя за неделю составило 13,5 стандартной порции. Среднее количество половых контактов в месяц составило 9,5. Заболевания, передающиеся половым путем, такие как сифилис, гонорея, хламидиоз и трихомониаз, встречались у 15% человек. По сообщениям пациентов, более 80% из них использовали алкоголь и/или наркотики перед или в процессе полового контакта. При этом меньше половины из них регулярно используют презервативы. Среди потребителей инъекционных наркотиков у 67% случались передозировки. 56% участников когда-либо посещали мысли о самоубийстве, и 36% совершили попытку суицида.

Полностью завершили программу 60,1% стационарных и 46,3% амбулаторных пациента. 15,6% стационарных и 27,0% амбулаторных пациентов не посетили ни одну из интервенций.

## ВЫВОДЫ

Количество стационарных пациентов, прошедших программу полностью, превышало количество амбулаторных пациентов, прошедших все интервенции. Полученные результаты, вероятнее всего, обусловлены более высоким уровнем мотивации на лечение стационарных пациентов, перенесших тяжелое соматическое состояние, возможностью для них пройти программу в рамках госпитализации по основному заболеванию, а также отсутствием возможности употребления алкоголя и наркотиков в условиях стационара. Учитыва-

вая характеристики изученной в данной работе когорты пациентов, программа по вторичной профилактике ВИЧ «Интервенции по формированию здоровых взаимоотношений», направленная на снижение уровня потребления алкоголя и рискованного сексуального поведения, может применяться в условиях лечебных учреждений и является более рациональной в отношении пациентов стационара по сравнению с амбулаторными пациентами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Avins, A. L. HIV infection and risk behaviors among heterosexuals in alcohol treatment programs / A. L. Avins [et al] // JAMA. – 1994. – Vol. 271. – P. 515–518.
2. Bagby, G. J. Chronic binge ethanol consumption accelerates progression of simian immunodeficiency virus disease / G. J. Bagby [et al] // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2006. – Vol. 30. – P. 1781–1790.
3. Bagnall, G. Alcohol, drugs and AIDS-related risks : results from a prospective study / G. Bagnall, M. Plant, W. Warwick // AIDS Care. – 1990. – Vol. 2. – P. 309–317.
4. Burrows, D. A decrease in harm : a new concept for Russian public health / D. Burrows, I. Sarankov // Zh. Mikrobiol. Epidemiol. Immunobiol. – 1999. – Vol. 1. – P. 107–108.
5. Burrows, D. Strategies for dealing with HIV/AIDS in the former Soviet Union / D. Burrows // Dev Bull. – 2000. – Vol. 52. – P. 49–51.
6. Hamers, F. F. HIV in central and eastern Europe / F. F. Hamers, A. M. Downs // Lancet. – 2003. – Vol. – 361. – P. 1035–1044.
7. [http://www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/Countries/russian\\_federation.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/russian_federation.asp).
8. Leigh, B. The relationship of alcohol use to sexual activity in a U. S. national sample / B. Leigh, M Temple, K. Trocki // Soc. Sci. Med. – 1994. – Vol. 39. – P. 1527–1535.
9. Mahler, J. Undetected HIV infection among patients admitted to an alcohol rehabilitation unit / J. Mahler [et al] // Am. J. Psychiatry. – 1994. – Vol. 151. – P. 439–440.
10. Noar, S. M. Behavioral interventions to reduce HIV-related sexual risk behavior : review and synthesis of meta-analytic evidence / S. M. Noar // AIDS Behav. – 2008. – Vol. 12. – P. 335–353.
11. Stoltz, D. A. Effects of in vitro ethanol on tumor necrosis factor-alpha production by blood obtained from simian immunodeficiency virusinfected rhesus macaques / D. A. Stoltz [et al] // Alcohol Clin Exp Res. – 2002. – Vol. 26. – P. 527–534.

© В. В. Глущенко, В. Н. Яковлев, 2011 г.  
УДК 616.12-008.331.1-06:616.895.4

**В. В. Глущенко, В. Н. Яковлев**

## ВАРИАНТЫ СИНДРОМА ДЕРЕАЛИЗАЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Новгородский областной психоневрологический диспансер

## ВВЕДЕНИЕ

Артериальная гипертензия (АГ) нередко дебютирует эпизодами спутанности сознания, кратковременными в течение минут (пароксизмальными) или в течение нескольких часов, которые купируются самопроизвольно или после оказания медицинской помощи [4]. Актуальность изучения АГ связана с высокой распространенностью этой сердечно-сосудистой патологии, увеличивающейся с возрастом, причем течение этого заболевания часто осложняется нарушением мозгового кровообращения и деменцией [5]. Одним из недостаточно изученных аспектов проблемы АГ является характеристика манифестирующих у больных с указан-



ной сердечно-сосудистой патологией расстройств самосознания [6]. В литературе уделено внимание преимущественно аффективным и тревожным расстройствам, обнаруживающимся в преморбиде больных с АГ и сопровождающим в дальнейшем данное расстройство [3, 4]. Следует отметить необходимость уточнения нозологической квалификации состояний «дереализации» у больных с АГ с дифференциацией феноменов по механизму формирования.

**Цель** исследования: нозологическая квалификация синдрома дереализации у пациентов с дебютом артериальной гипертензии.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 43 пациента в возрасте 17–47 лет, обратившихся к психиатру по направлению кардиолога на этапе диагностической квалификации дебюта артериальной гипертензии, осложненного эпизодом дереализации. Проведено клиничко-психопатологическое и нейрофизиологическое обследование. Запись ЭЭГ проводилась с помощью «МБН-Нейрокартографа» по 20 каналам с выделенным ЭКГ-каналом (эпоха анализа – 20 минут) и обрабатывалась компьютерной программой, разработанной фирмой «МБН», Москва (Е. В. Петрова, А. В. Пироженко) методом спектрального анализа [2].

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе данных обследований пациенты были распределены на 2 подгруппы. Показатели артериального давления на момент обследования находились в диапазоне 140–150/70–80 без достоверной разницы по подгруппам.

В первой подгруппе (17 пациентов) состояния «дереализации» расценивались как пароксизмальные. К ним были отнесены жалобы пациентов на кратковременный эпизод с «ощущением нечеткости окружающего»; «искажением пространственных очертаний, контуров»; «ощущением незнакомости окружающего». Приступ сопровождался состоянием эмоционального напряжения до враждебности, сменялся ощущением «слабости», «опустошенности». Клинически отмечались непроизвольность воспоминаний и неполные воспоминания. Пароксизмальная дереализация продолжительностью до 5 минут частично амнезировалась, не сопровождалась изменением мышечного тонуса. На ЭЭГ появление пароксизмальной активности, представленной комплексами «острая–медленная–острая волна» в центрально-теменных отведениях, отмечалось на фоне тахикардии по ЭКГ-каналу. Следует отметить синхронизацию пароксизмальной активности при гипервентиляции и стабилизацию комплексов во временном интервале до 10 секунд записи вспышками на фоне и после гипервентиляции до 5 минут. У 11 пациентов после 3-х минут гипервентиляции появлялись сенестопатические жалобы, которые исчезали с отменой гипервентиляции, но генерализован-

ная пароксизмальная активность на ЭЭГ сохранялась до 20 секунд, что расценивалось как субклиническое пароксизмальное изменение сознания на фоне гипервентиляционного синдрома. Восстановление фоновой записи после гипервентиляции не отмечено ни в одном случае наблюдения (эпоха анализа – 20 минут). Присутствовало смещение индекса частот при спектральном анализе в медленноволновой диапазон с латерализацией острых и медленных волн в левую теменно-центральную область, что позволяло расценивать изменения как очаговые по электроэнцефалографическому признаку и как дисциркуляторные по механизму формирования. Так, усредненный индекс высокочастотной активности по фоновой записи у пациентов составлял  $1,83 \pm 0,06$ , а после гипервентиляции снизился до  $0,53 \pm 0,02$  при  $p < 0,05$ .

Во второй подгруппе (26 пациентов) состояние дереализации длительностью от 20 минут до 3 часов включало обманы восприятия с ошибками в идентификации людей, дискоординацию в пространственных координатах и временных параметрах. У пациентов отмечалось «недостаточное осмысление окружающего» на фоне эмоционально индифферентного психического состояния. На ЭЭГ артефактный ЭКГ-комплекс накладывался на фоновую запись синхронно билатерально на фоне низкоамплитудной высокочастотной активности без пространственной организации и без изменения частоты сердечного ритма по ЭКГ-каналу. Визуальный и автоматический анализ реактивности показателей ЭЭГ на гипервентиляцию показал отсутствие изменений фоновой записи, что расценивалось как интактность механизмов активации восходящих неспецифических влияний стволовых структур [1]. В ранее проведенных исследованиях дисфункция в соматосенсорных областях коры головного мозга расценивалась как значимая в патогенезе синдрома «дереализации» [7]. В нашем исследовании данное указание можно отнести только к пароксизмальной форме синдрома, тогда как недостаточность восходящих активирующих влияний неспецифических стволовых структур включается в механизм формирования состояния «дереализации» по ишемически-дисциркуляторному типу.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в механизме формирования состояния дереализации следует учитывать механизм недостаточности восходящих активирующих влияний неспецифических структур ствола, наряду с формированием дисциркуляторнозависимого фокуса пароксизмальной активности в соматосенсорных областях коры головного мозга.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гнездицкий, В. В. Обратная задача ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография / В. В. Гнездицкий. – Таганрог : ТРТУ, 2000. – 636 с.
2. Иванов, Л. Б. Прикладная компьютерная электроэнцефалография / Л. Б. Иванов. – М. : Антидор, 2000. – С. 50–69.

3. Мосолов, С. Н. Тревожные и депрессивные расстройства : коморбидность и терапия / С. Н. Мосолов. – М. : АртИнфо Паблшинг, 2007. – 47 с.

4. Смулевич, А. Б. Психокardiология / А. Б. Смулевич // Психические расстройства в общей медицине. – М. : Медиа Медика, 2007. – № 4. – С. 4–9.

5. Сорокоумов, В. А. Как диагностировать и лечить хроническую

недостаточность мозгового кровообращения / В. А. Сорокоумов. – СПб. : Человек, 2000. – С. 27–54.

6. Фролов, Б. С. Психопатологические синдромы / Б. С. Фролов, В. Э. Пашковский. – СПб. : СПбМАПО, 2004. – С. 36–41.

7. Simeon, D. Feeling unreal : a PET study of depersonalization disorder / D. Simeon [et al] // Am. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 157. – № 11. – P. 1782–1788.

© Л. А. Дубинина, И. Ю. Бакман, А. С. Киселев, 2011 г.  
УДК 616.89-06:616.891

**Л. А. Дубинина, И. Ю. Бакман,  
А. С. Киселев**

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СО- ОТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМО- СТЬЮ В ПЕРИОД СТАНОВ- ЛЕНИЯ РЕМИССИИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В. М. Бехтерева

### ВВЕДЕНИЕ

Кроме психических расстройств как симптомов поражения центральной нервной системы, высших психических функций, при алкогольной зависимости (АЗ) нельзя игнорировать значимость соматических повреждений. Рассматривая алкогольную болезнь (как термин с наиболее широким толкованием) в качестве совокупности патологических изменений, возникающих под влиянием алкоголя, нельзя не отметить, что она представляет собой генерализованную патологию [6–8]. Следствием хронической алкогольной интоксикации являются многочисленные висцеральные изменения, которые могут оказывать существенное влияние на общее и, в частности, психическое состояние [1, 4, 10–13]. В настоящее время нет единого взгляда на то, как развившаяся в процессе систематического злоупотребления алкоголем соматическая патология влияет на клинико-динамические параметры алкоголизма. Наличие соматических заболеваний, являющихся следствием хронической алкогольной интоксикации, может способствовать формированию так называемых спонтанных и длительных терапевтических ремиссий [2]. С другой стороны, имеются данные о том, что соматическая патология усугубляет тяжесть клинической картины болезни, повышает опасность ее рецидивирования [1–5].

Цель исследования – разработка критериев многомерной квантифицированной оценки качества ремиссии. В задачи исследования включалось изучение влияния соматических коморбидных заболеваний на психическое состояние и субъективную оценку качества жизни у больных АЗ в период становления ремиссии.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено проспективное исследование динамики состояния 80 больных АЗ в период становления ремиссии после прохождения стандартного стационарного курса лечения: 56 мужчин (70 %) и 24 женщины (30 %) в возрасте от 28 до 68 лет (средний возраст –  $47 \pm 1$  года; тип течения АЗ в 38,8 % случаев был умеренно-прогредиентный, в 61,2 % случаев – выраженно-прогредиентный. Критерии включения в исследование: сформированность синдрома зависимости от алкоголя согласно критериям МКБ-10, проживание в Санкт-Петербурге, согласие больного на участие в исследовании. Критерии исключения из исследования: коморбидные эндогенные заболевания, сочетанная наркологическая патология.

Клинический анализ картины заболевания проводился в постабстинентном периоде в течение первого месяца после прекращения употребления алкоголя и далее ежеквартально на протяжении одного года. Использовались шкалы квантифицированной оценки психопатологических расстройств: обсессивно-компульсивная шкала влечения к алкоголю, патологического влечения к алкоголю В. Б. Альтшулера, депрессии Бека, тревоги Спилбергера–Ханина; опросник «ВОЗКЖ-100». Исследовалась значимость фактора общей соматической патологии, вызванной хронической алкогольной интоксикацией. Определялся индекс алкогольной соматической коморбидности (Alcohol-related somatic comorbidities) [9], который рассчитывался как суммарное количество диагностированных соматических заболеваний, связанных с хронической алкогольной интоксикацией, прежде всего – патология печени (гепатит, стеатоз или цирроз), панкреатит, гастрит, кардиальная патология (гипертензия, кардиомиопатия), неврологические поражения (полинейропатия).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В постабстинентном состоянии алкогольное поражение печени, нарушение ее функционального состояния по лабораторным данным отмечалось у 88,7 %; артериальная гипертензия диагностирована у 33,8 %; ИБС – у 10 %; гастрит – у 15 %; панкреатит – у 8,8 %; язвенная болезнь в стадии обострения – у 2,5 %. Отсутствовали ассоциированные с хронической алкоголизацией соматические расстройства только у 6,2 % больных; одно заболевание было у 28,8 %; два – у 45 %; три и более – у 20 %. В последую-



щем при динамическом наблюдении в ремиссии отмечалось улучшение функционального состояния печени у всех пациентов; артериальная гипертензия сохранялась в первые 6 месяцев ремиссии у 22 % больных. В ремиссии у 15 больных (18,7 %) отмечались эпизоды обострения соматических заболеваний: со стороны сердечно-сосудистой системы – 7 человек (один пациент перенес инфаркт миокарда), со стороны ЖКТ – 8 человек; утяжеление течения хронического бронхита на фоне частых простудных заболеваний – 2 человека. У 9 больных рецидивы произошли на фоне ухудшения соматического состояния. Величина индекса соматической коморбидности была статистически значимо выше в группе из 35 больных (43,8 %) с ранними рецидивами (ремиссии менее 6 месяцев) по сравнению в больными с ремиссиями более 6 месяцев (45 больных – 66,2 %); различия по критерию Манна–Уитни на этапах наблюдения 3–4 недели, 2–3 месяца соответственно ( $U=418$ ,  $p<0,001$ ;  $U=452$ ,  $p<0,001$ ). Отмечалась статистически значимая положительная корреляционная связь индекса соматической коморбидности с выраженностью влечения к алкоголю по обсессивно-компульсивной шкале влечения к алкоголю (коэффициент корреляции Пирсона в указанные периоды ремиссии соответственно  $r=0,26$ ,  $p=0,02$ ;  $r=0,28$ ,  $p=0,01$ ), а также с величиной патологического влечения к алкоголю (ПВА) по шкале Альтшулера ( $r=0,26$ ,  $p=0,004$ ;  $r=0,495$ ,  $p=0,001$ ). Индекс соматической коморбидности коррелировал с выраженностью астении по клинической оценке в баллах ( $r=0,29$ ,  $p=0,007$ ;  $r=0,42$ ,  $p=0,001$ ) и тревоги ( $r=0,24$ ,

$r=0,03$ ;  $r=0,24$ ,  $p=0,03$ ). Отмечена также статистически значимая связь с индекса соматической коморбидности с выраженностью депрессии в периоды ремиссии 2–3 месяца и 4–6 месяцев как по клинической оценке ( $r=0,26$ ,  $p=0,02$ ;  $r=0,37$ ,  $p=0,01$ ), так и по шкале Бека ( $r=0,23$ ,  $p=0,04$ ;  $r=0,34$ ,  $p=0,015$ ).

Отмечена отрицательная корреляционная связь индекса соматической коморбидности и общего восприятия качества жизни в ремиссии по шкале ВОЗЖ-100 (коэффициент корреляции Пирсона  $r=-0,24$ ,  $p=0,03$ ) в основном в физической ( $r=-0,32$ ,  $p=0,004$ ) и психологической сферах ( $r=-0,17$ ,  $p=0,04$ ); субсферах: физическая боль и дискомфорт ( $r=-0,24$ ,  $p=0,03$ ); сон и отдых ( $r=-0,33$ ;  $p=0,003$ ); положительные эмоции ( $r=-0,21$ ;  $p=0,059$ ); образ тела и внешность ( $r=-0,26$ ;  $p=0,02$ ); возможность для отдыха и развлечений ( $r=-0,24$ ;  $p=0,03$ ); физическая безопасность и защищенность ( $r=-0,41$ ;  $p=0,001$ ); сексуальная активность ( $r=-0,43$ ;  $p=0,015$ ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первичные результаты исследования показали значимое влияние актуальных соматических расстройств у больных АЗ в ремиссии на психическое состояние (выраженность депрессии, астении, влечения к алкоголю). Отмечены связь ухудшения соматического состояния в ремиссии с рецидивами алкоголизма. Требуется дальнейшее изучение значимости коморбидной соматической патологии как фактора, влияющего на продолжительность ремиссии и качество жизни.

© В. Н. Прокудин, 2011 г.  
УДК 616.89-08

**В. Н. Прокудин**

## ЧЕТЫРЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ ГКБ № 36 МОСКВЫ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

### ВВЕДЕНИЕ

В статье анализируется 14-летний опыт работы консультативной психиатрии и психотерапии в ГКБ № 36 – одной из крупнейших (1455 коек) и старинных больниц Москвы (в 2013 г. ей исполняется 150 лет). В ГКБ № 36 работает отделение психотерапии в составе 2 психиатров, 2 психотерапевтов и 2 медицинских психологов. В про-

цессе работы по выявлению среди стационарных больных лиц с коморбидными психическими расстройствами и их лечению были использованы 4 направления, существенно улучшившие качество оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи таким пациентам.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В течение 14 лет работы были обследованы и пролечены 28 299 соматических пациентов с различными психическими и поведенческими расстройствами, что составило 6 % от общего количества госпитализированных больных в стационар (или 28 299 больных из 453 757 пациентов, госпитализированных в ГКБ № 36 за 1998–2010 гг.).

Использованы клинико-психопатологический метод, методы медицинской статистики, психотерапевтические и психолого-коррекционные вмешательства.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Первое направление работы – повышение уровня знаний интернистов в области пограничной психиатрии и медицинской психологии – было представлено перио-

дическими семинарами для врачей всех специальностей, работающих в больнице. Второе направление – это адаптация к условиям ГКБ № 36 модели оказания медицинской помощи больным с психическими нарушениями («взаимодействие – прикрепление»). В условиях ГКБ № 36 эта модель была реализована следующим образом. Психиатр или психотерапевт, консультируя по заявкам интернистов соматического больного с каким-либо психосоматическим расстройством, обязательно обсуждал с лечащим врачом-интернистом анамнез жизни и болезни этого пациента, основные психологические проблемы этого больного и особенности его психического статуса (этап взаимодействия). А также включал его в психотерапевтическое лечение и назначал психофармакологическое лечение. Подавляющее количество пациентов наблюдались в динамике или повторно консультировались с целью контроля эффективности терапии (этап прикрепления). На этом этапе продолжалось взаимодействие с врачами и их дальнейшее обучение психолого-психиатрическим знаниям.

Третье направление включало переход к «бригадному» методу работы со стационарными соматическими пациентами с коморбидными психическими расстройствами. Такая бригада составляла динамическую структуру и включала психиатра/психотерапевта, медицинского психолога, лечащего врача – профильного специалиста стационара (хирург, гинеколог, терапевт и др.).

Четвертое направление – сочетанное применение медуко-психологических коррекционных методов, различных видов психотерапии и психофармакотерапии (мягкие нейролептики, легкие антидепрессанты, транквилизаторы). Благодаря использованию этих направлений за прошедшие годы произошло отчетливое увеличение количества психиатрических и психотерапевтических консультаций: первичных – в 3,6 раза, всех консультаций вместе с повторными – более чем в 4 раза. Среди консультированных больных было женщин 11 744 (41,5%), мужчин – 16 555 (58,5%). По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: 18–19 лет – 678 больных (2,4%), 20–39 лет – 7782 (27,5%), 40–59 лет – 8094 (28,6%), 60 и более лет – 11 774 (41,5%). Группа соматических пациентов с коморбидными психическими расстройствами старше 60 лет оказалась непропорционально большой: 41,5% от всех исследованных больных. Известно, что пожилые люди чаще, чем лица среднего возраста, госпитализируются в многопрофильные стационары. Среди выявленных нами пациентов с коморбидными психическими расстройствами их оказалось 41,5%. Соматические диагнозы пациентов, обнаруживших психические расстройства, были следующими: скелетные травмы – 16,2%, черепно-мозговые травмы – 14,1%, ИБС – 13,8%, ожоговая болезнь – 12%, артериальная гипертензия – 9,5%, цереброваскулярная патология – 7,4%, отравления/интоксикации – 3,3%, челюстно-лицевая патология – 2,4%, болезни печени – 2%, органические поражения ЦНС –

1,8%, инфаркты миокарда – 1,6%, болезни ЖКТ – 1,4%, акушерская патология – 1,1%, гинекологическая, онкологическая патология, тиреотоксикоз, ВСД и т. д. менее чем по 1%.

Анализ выставленных психиатрических диагнозов и выявленных психо-патологических синдромов установил, что у 18 299 (64,4%) пациентов были обнаружены непсихотические, пограничного уровня расстройства: органические непсихотические расстройства у 10 407 (36,8%) больных; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – у 3561 (12,6%); аффективные непсихотические расстройства – у 1524 (4,4%); расстройства зрелой личности – у 143 (0,5%); зависимость от алкоголя – у 2362 (8,3%) и от наркотиков – у 502 (1,8%). У остальных 10 070 (35,6%) пациентов были выявлены психотические расстройства, начальные стадии слабоумия и умственная отсталость. Органические психозы и (или) продвинутые стадии слабоумия были выявлены у 7303 (25,8%) пациентов, алкогольные и смешанные делирии – у 1266 (4,5%) больных, умственная отсталость – 459 (1,6%) пациентов, шизофрения – у 1042 (3,7%).

Консультативно-лечебная помощь всем выявленным больным с коморбидными психическими расстройствами и расстройствами поведения оказывалась психиатрами, психотерапевтами и медицинскими психологами отделения психотерапии ГКБ № 36 с постоянным использованием направлений, описанных выше. Из психотерапевтических методов использовались методы нейролингвистического программирования, когнитивная, экзистенциальная, рационально-эмотивная, гештальт-терапии. В качестве групповых методов психотерапии использовались аутогенная тренировка, гипносуггестивная терапия, коллективная психотерапия (в сочетании с музыкотерапией), психокоррекционная психотерапия, психотерапия сексуальных расстройств; рациональная и разъяснительная психотерапия; семейная психотерапия, эмоционально-суггестивная, библиопсихотерапия. Психиатры широко использовали сочетание психологической коррекции, психотерапевтических методов и дифференцированное применение психофармакотерапии. Наиболее часто использовались мягкие нейролептики (сонапакс 30–75 мг/день, эглонил 100–150 мг/день), антидепрессанты 2–3 поколения (азафен 50–75 мг/день, коаксил 25–37,5 мг/день), транквилизаторы (феназепам 1–2 мг/день, алпразолам 1–3 мг/день).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате применения четырех направлений работы и комплексной терапии с использованием психотерапевтических методов и психофармакотерапии в сочетании с лечением основного заболевания соматотропными средствами, проводимой лечащими врачами, было получено отчетливое улучшение состояния у больных с коморбидными психическими расстройствами.

## ПАМЯТКА ДЛЯ АВТОРОВ

«Ученые записки» Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова – официальный научный журнал СПбГМУ, публикующий статьи по проблемам медицинской науки, практики и преподавания.

В журнале имеются следующие разделы:

- передовые статьи;
- оригинальные статьи;
- обзоры и лекции;
- дискуссии;
- краткие сообщения;
- история и современность;
- исторические даты;
- информация о планах проведения конференций, симпозиумов, съездов;
- реклама.

Общими критериями работ, принимаемых для публикации в «Ученых записках» СПбГМУ, является актуальность, новизна материала и его ценность в теоретическом и/или прикладном аспектах. Обычной формой рукописи является оригинальная статья, текст которой включает в себя введение, материалы и методы исследования, результаты проведенной работы, иллюстрации, обсуждение результатов, список литературы. Аналогичную структуру имеют и краткие сообщения.

Обзоры, лекции, статьи по истории медицины и работы, доложенные и одобренные Научным советом СПбГМУ, принимаются после предварительного согласования с Редакцией или по ее заказу.

Редакция обеспечивает экспертную оценку (двойное закрытое рецензирование) рукописей. На основании письменных рецензий и заключения Редколлегии рукопись принимается к печати, высылается автору (авторам) на доработку или отклоняется. В случае отказа в публикации статьи редакция направляет автору мотивированный отказ.

Статьи, посвященные диссертационным исследованиям, публикуются в журнале бесплатно.

Редакция оставляет за собой право публиковать принятые к печати статьи в том виде и в такой последовательности, которые представляются оптимальными для журнала.

### ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

*Статьи* представляются в редакцию на дискетах, подготовленных на любом IBM-совместимом компьютере в текстовом редакторе «Word» (версия 7.0 и выше) (дискета 1,44 МВ или CD) с распечаткой текста на бумаге в двух экземплярах. Работы должны быть напечатаны через два интервала с полями сверху – 20 мм, слева – 30 мм, справа – 10 мм, снизу – 25 мм.

*Таблицы.* Каждая таблица должна быть напечатана на отдельной странице, иметь номер и название. Все графы в таблице должны иметь заголовки, сокращения слов в таблице допускаются только в соответствии с требованиями ГОСТ-1-5-68.

*Рисунки* должны быть выполнены в двух экземплярах на одной стороне отдельных листов плотной белой гладкой бумаги или ватмана, размером не более 20×30 см, черной тушью; *микрофотографии и рентгенограммы* – на глянцевой бумаге (холодный глянец). Размер фотографий – 9×12 см. На обратной стороне каждого рисунка или фото указываются ФИО первого автора, название статьи, номер рисунка и отмечается верх и низ. На рисунке должно быть минимальное количество обозначений, все пояснения выносятся в подрисуночные подписи. Для всех иллюстративных материалов в тексте указывается их место. Для иллюстраций (рисунков, схем, диаграмм, фотографий), имеющих **электронную версию**, необходимо представлять ее **в виде отдельного файла в форматах \*.tif, \*.pcx, \*.bmp, \*.xls** и т. п. на CD или дискете.

Для оригинальной статьи суммарный объем (текст, иллюстрации, список литературы, резюме на русском и английском языках и ключевые слова) не должен превышать 10 страниц (бумага А4), напечатанных через 2 интервала.

Краткое сообщение (до 4-х страниц) оформляется аналогичным образом, число иллюстраций и таблиц – не более трех, список использованной литературы в краткое сообщение не включается, резюме не требуется.

Объем и оформление других видов работ (обзоры, лекции или иное) согласуются с Редакцией заранее.

### СТАТЬИ, НАПРАВЛЕННЫЕ В ЖУРНАЛ, ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ

*Титульный лист* (печатается на отдельной странице) включает ФИО автора (соавторов), место (места) выполнения работы, служебный адрес (адреса) и подпись автора (соавторов). В нижней части этого листа следует проставить

должность, ученое звание, степень, а также телефон, факс и e-mail (если имеются) автора, с которым Редакция будет поддерживать связь.

*Список литературы* (печатается с новой страницы) составляется в алфавитном порядке: сначала работы отечественных авторов, затем иностранных. Работы отечественных авторов, опубликованные на иностранных языках, помещаются среди работ иностранных авторов, а работы иностранных авторов, опубликованные на русском языке, – среди работ отечественных авторов.

Фамилии иностранных авторов, упоминаемые в тексте статьи, даются в оригинальной транскрипции.

Литература, цитируемая в статье, дается нумерацией в квадратных скобках (например, [1]).

*Резюме*, объемом не более 200 слов, включающее ФИО авторов, название работы и место ее выполнения; *ключевые слова* (не более 6) **на русском и английском языках**.

## РАЗНОЕ

1. Титульный лист в общий объем оригинальной статьи или краткого сообщения не включается.
2. В материалах, направленных в журнал, должна быть использована система СИ, за исключением размерности величин, традиционно измеряемых в других мерах.
3. Все сокращения, используемые в статье, должны быть расшифрованы, кроме символов химических элементов и сокращенных названий метрических единиц.
4. Исправленные автором после рецензирования и перепечатанные рукописи возвращаются в редакцию не позднее одного месяца, а исправленные гранки – через одну неделю.
5. Авторский гонорар и оплата труда по рецензированию рукописей не предусмотрены.
6. Рукописи, не принятые к печати, авторам не возвращаются.

## ОФОРМЛЕННЫЕ В СООТВЕТСТВИИ С НАСТОЯЩИМИ ПРАВИЛАМИ РУКОПИСИ СЛЕДУЕТ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ:

197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6/8,  
Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад. И. П. Павлова,  
Редакция журнала «Ученые записки СПбГМУ».

телефоны: 234-27-78, 499-68-94  
факс: 8 (812) 233-45-88  
e-mail [publicher1@mail.ru](mailto:publicher1@mail.ru)  
[www.spb-gmu.ru](http://www.spb-gmu.ru)

**Главный редактор** – академик РАМН, профессор *Н. А. Яицкий*

**Зам. главного редактора** – профессор *Э. Э. Звартау*

**Отв. секретарь** – профессор *Л. А. Алексина*; телефон 499-70-81 (634 местный).



## REGULATIONS FOR AUTHORS

The Record of the I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University (IPP-SPSMU Record), is the official journal of the I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University (IPP-SPSMU). It publishes reports on a broad spectrum of medical and related issues, either fundamental or applied, as well as reviews and tutorials. The general criteria for publication of a manuscript submitted to the IPP-SPSMU Record, is novelty and significance in theoretical and/or practical aspects. High priority is given to a manuscript that had not been published elsewhere other than as an abstract. A usual type of the manuscript is a Regular Article, which incorporates Introduction, Materials & Methods, Results, Discussion, and List of References. The analogous sections should be presented in a Short Communication type of an article. Review Articles, Lectures, and History of Medicine Articles should be agreed with the Editorial Office beforehand unless requested by the Editorial Board itself, or reported on and approved for publication at a regular meeting of the Scientific Board of the IPP-SPSMU.

The Editorial Board assigns manuscripts to two external experts for reviewing. On the basis of the written reviews and the decision of the Editorial Board, a manuscript is to be either accepted or rejected; it can be also sent to the author (authors) for alterations in accordance with the reviewers comments.

The Editorial Board is authorized to publish the accepted manuscripts in such journal issues and contents sequences that are considered optimal for the Journal.

### MANUSCRIPT PREPARATION

A manuscript of a Regular Article should be printed in triplicate, double-spaced using 2.5 cm wide margins all around, and restricted to 10 A4 numbered pages. The space allotted should incorporate all sections of the manuscript, including the numbered, alphabetically arranged, and full (with titles in quotation) List of References. In the text, the references are given as figures in the square parentheses. Figures and/or photos are submitted on the separate sheets, with indication of their optimal place on the left margins of the text. Up to six single (9×12 cm) or two composite (14×18 cm) halftone photos ready for PC-scanning are accepted, each one with a scale bar, markings (if necessary), and figure legends as well as magnifications and staining modes on a separate sheet. All illustrations should be identified on the back with figure number, running title of the paper, name of the first author, and an arrow indicating the top. Short Communication should not exceed four pages, with three single or one composite photos, ten quotations, and the arrangement as in a Regular Article. Style and length for the Review Articles, Lectures, and History of Medicine Articles are to be stipulated with the Editor before manuscript submission.

Manuscripts not conforming to the Regulations will be returned to the authors without assessment.

#### Title page

The title page bears name(s) of author(s), title of the manuscript, institution(s) where the work was done, all addresses and signatures of the authors. On the bottom of the Title Page, a full name, person's duties, academic degree(s), affiliation, as well as address, phone, facsimile, and e-mail coordinates are placed as to the author to whom the Journal should communicate.

#### Summary

On a separate sheet summary should be prepared, in 200 words or less, followed by up to six key words, in italics, on a separate line.

#### Disk Submission

The disk (1.44 MB, CD) file of all sections of the paper, except for photos, should accompany the manuscript prepared on PC-IBM (not Apple Mackintosh) compatible computer. Include an ASCII version on the disc, together with the word-processed version.

### MISCELLANEOUS

1. Title page, summary, any figures, and figure legends are not included in the space allotted to a manuscript, of either Regular Article or Short Communication type.

2. It is advisable for the contributors to return the revised and re-printed versions of the manuscripts, and also the approved galley proofs within two months and two weeks after receipt, respectively. Otherwise, publishing of the manuscripts can be delayed.

3. Author and reviewer royalties for papers published and revised in the IPP-SPSMU Record are not provided for.

4. The manuscripts rejected by the IPP-SPSMU Record are not to be returned to the contributors.

SUBMISSION ADDRESS:

IPP-SPSMU Record  
I. P. Pavlov St. Petersburg State Medical University  
6/8 Leo Tolstoy Str., 197022,  
St. Petersburg, Russian Federation

Tel.: 7 (812) 234-27-78 or 7 (812) 499-68-94  
Fax: 7 (812) 233-45-88  
E-Mail [publicher1@mail.ru](mailto:publicher1@mail.ru)  
[www.spb-gmu.ru](http://www.spb-gmu.ru)

---

---