

В.А. Жебентяев, С.А. Игумнов Дифференцированная краткосрочная психотерапия в комплексном лечении расстройств депрессивного спектра непсихотического уровня	36	О.Н. Степанова, А.И. Чеперин, И.Н. Михайличенко Особенности оказания телефонной психологической помощи с использованием сотовых операторов ..	44
Р.К. Назыров, Н.Н. Мурычева Краткая форма методики МИЗО и ее использование для исследования динамики системы отношений личности больных с невротическими расстройствами	37	А.В. Суховершин, А.В. Пантин Клиническая трансперсональная психотерапия пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами на курорте Белокуриха	45
А.В. Остапенко, С.А. Колов Роршах консультирование ветеранов боевых действий	39	С.В. Уманский Современная психотерапия: манипуляции или лечение	46
Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская Сознание – слабое звено в психотерапии?	40	С.А. Шевцов, С.А. Божко, А.В. Смекалкина, А.И. Мельников Восстановительная терапия депрессивных расстройств непсихотического уровня у детей и подростков	48
Н.А. Русина Проблема диалога в психотерапевтическом общении	41		
Н.Н. Смирнова, А.Г. Соловьев Психологические особенности сотрудников органов внутренних дел в зависимости от стажа службы	43		

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС Тюменской ГМА

в октябре 2011 г. в г.Тюмени проводит **сертификационный цикл**

«Суицидальное поведение: современные подходы к диагностике, коррекции и профилактике»

С участием специалистов (лекции и семинары) из г. Красноярска, Минска (Беларусь) и др.

Информация по тел. (3452) 73-27-45, e-mail: sibir@sibtel.ru

ПСИХИАТРИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ БЕЗ СИМПТОМОВ ШИЗОФРЕНИИ

А.М. Бардеништейн, Г.А. Алешкина

Московский ГМСУ

E-mail авторов: barden@mail.ru, Gallka82@yandex.ru

Психопатология острых психотических состояний до настоящего времени остается недостаточно разработанной. Имеющиеся клинические

сведения не позволяют составить четкую концепцию определения и разграничения острых и преходящих психотических расстройств. С учетом сказанного представляется важным изучение психопатологической структуры этих состояний.

Цель исследования: определение клинических особенностей острых психотических расстройств без симптомов шизофрении.

Материалы и методы:

Обследовано 18 мужчин в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст $26,7 \pm 7,3$ года) с острыми психотическими состояниями, развившимися впервые в жизни и отнесенными, в соответствии с критериям МКБ-10, к следующим категориям: острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0); другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства (F23.3); другие острые и преходящие психотические расстройства (F23.8). Применялись

клинико-психопатологический и статистический методы.

Результаты и обсуждение.

Средняя продолжительность психоза составила $9,1 \pm 9$ дней. Психотическое состояние длилось несколько часов у 16,7% пациентов, от 1 до 3 дней – у 8,3%, от 4 до 12 дней у 50% и от 13 до 30 дней у 25% больных.

В 44,4% случаев клиническая картина была представлена бредовой симптоматикой, включавшей идеи значения, отношения и преследования. При этом у 33,3% пациентов бредовые идеи сочетались с нарушением ассоциативного процесса в виде непроизвольного наплыва мыслей, но без ощущения постороннего воздействия. В 22,2% случаев отмечалась галлюцинаторная симптоматика с преобладанием истинных вербальных и зрительных обманов восприятия. У одного пациента выявлены истинные тактильные галлюцинации. В 33,4% наблюдений клиническая картина характеризовалась выраженным полиморфизмом, галлюцинаторные и бредовые феномены в одних случаях отмечались одновременно, в других сменяли друг друга в течение приступа. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика сочеталась с нарушениями идеаторного процесса в виде ускорения, обрывов и наплывов мыслей. У всех больных психотическое состояние дебютировало нарастанием тревожно-депрессивного (61,1%) или маниакального аффекта (38,9%).

Выводы: в предварительном плане можно говорить о преобладании нарушений мышления (бред, нарушения ассоциативного процесса с явлениями ментизма) над расстройствами восприятия. Полученные результаты демонстрируют выраженную неоднородность клинической картины, требующую дальнейшего изучения синдромальной структуры этих расстройств, а также закономерностей динамического взаимодействия аффективных и психотических симптомов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

М.А. Березовская

Красноярский ГМУ им В. Ф. Войно-Ясенецкого

E-mail автора: mberezovska@mail.ru

Изменяющиеся условия жизни, уровень социально-экономического развития, средовые, культурные и этнические особенности, миграционные процессы, экология среды – все эти факторы создают предпосылки для постоянного динамического и неоднозначного изменения эпидемиологии шизофрении, особенностей течения данного заболевания в разных регионах и в разное время.

Цель работы: проанализировать эпидемиологические показатели шизофрении на территории Красноярского края.

Материалы и методы.

Регионом проведения клинико-эпидемиологических исследований является Красноярский край. Эпидемиологические показатели получены при анализе ежегодных отчетов, данных официальной статистики о состоянии психиатрической помощи и психического здоровья населения Красноярского края за период с 2002 по 2009 год.

Красноярский край занимает площадь 2339,7 тыс. кв. км, в его структуру входит 68 административно-территориальных единиц. За последние 20 лет численность населения Края снизилась на 8,67%. При общем снижении численности населения Красноярского края все эпидемиологические показатели, отражающие распространенность шизофрении, остаются на высоком уровне и даже имеют тенденцию к некоторому увеличению. Следовательно, изучение всего спектра проблем, связанных с шизофренией, является своевременным и актуальным.

Результаты и обсуждение.

В структуре заболеваемости психическими расстройствами в Красноярском крае в 2009 г. доля шизофрении составила 3,07% от всех психических расстройств, что свидетельствует о некотором уменьшении доли данного заболевания в общей структуре психических расстройств по сравнению с предыдущим периодом (2007 г. – 3,5%).

При этом анализ динамики показателей заболеваемости и заболеваемости шизофренией по Красноярскому краю в последние годы показал их постепенный и неуклонный рост. Так, болезненность увеличилась с 31,7 в 2002 г. до 35,2 в 2009 году на 10000 населения. Соответственно заболеваемость в эти же годы увеличилась с 1,3 до 1,7 на 10000 населения с тенденцией к увеличению числа пациентов как впервые выявленных, так и состоящих на диспансерном учете. Это объясняется, в первую очередь, лучшей выявляемостью больных в связи с совершенствованием системы внебольничной психиатрической помощи.

Кроме того, на изменение указанных показателей влияют социально-экономические факторы. В результате резкого сокращения числа рабочих мест, снижения уровня жизни, возрастания социальной напряженности в крае сложилась неблагоприятная обстановка, которая, с одной стороны, является провоцирующим фактором для развития эндогенных психических заболеваний, с другой – способствует социальной и психической декомпенсации у лиц с латентным, относительно благоприятным течением шизофренического процесса, что вынуждает их обращаться за помощью к психиатрам.

Возможно, статистические данные не отражают истинной картины распространенности шизофрении в популяции, так как в отдельных районах