

проходили лечение в течение 2010 году, в ГЛПУ ТО ТОКПБ. Это были пациенты, проходящие обследование и лечение с дебютами эндогенных психических заболеваний. Первая, основная группа обследованных пациентов, у которых острому началу эндогенного психоза предшествовало употребление курительных смесей и каннабиоидов. В контрольной группе, пациенты, которые до дебюта хронического психического заболевания, шизофрении, не злоупотребляли наркотическими веществами. Пациенты обеих групп были практически одного возраста, на учёте у врачей психиатров и наркологов не состояли, не наблюдались. У пациентов в основной исследуемой группе, по сравнению с контрольной, выявлялась отягощённая психопатологическая наследственность. Это проявлялось алкоголизмом родителей, суициальным поведением и психозами позднего возраста у кровных родственников. Характерной особенностью пациентов основной группы, было наличие органической несостоительности центральной нервной системы, и череды травм головы в детском и подростковом возрасте. Наличие этих травм головы отчасти можно объяснить присутствием у мужчин в основной группе, нарушений поведения, которые стали отчётливо видны, в подростковом и юношеском возрасте.

Психоз развивался, у подавляющего большинства больных уже после первого курения наркотических смесей, типа SPISE и анаши. Клиническая картина у больных основной, исследуемой группы, характерна, прежде всего, достаточно острым, чётким началом: уже в течение ближайших часов, реже последующих, за употреблением курительных смесей и каннабиоидов суток, развивается явления острого психотического состояния. Отследить острое начало психоза, прежде всего, стало возможным за счёт выявления у значительной части больных (пяти случаев), помрачения сознания. У двух пациентов диагностировалось, сразу после перенесенной острой интоксикации наркотиками, онейроидное помрачение сознания. Психотическое состояние, на фоне нарушенного сознания, сопровождалось яркими, сценоподобными, фантастическими галлюцинациями. Галлюцинации сопровождались выраженной аффективной напряжённостью т.е. больные испытывали выраженную панику, страх, и в тоже время интерес, ошеломляющий восторг, перед переживаемыми сценоподобными событиями.

Ещё у трёх больных, манифестация заболевания, последующая за употреблением курительных смесей, проявилась кратковременным делириозным помрачением сознания. В данных наблюдениях, после гашишной интоксикации, вочные часы индивидуумы испытывали истинные зрительные галлюцинации, которые сопровождались выра-

женным эмоциональным напряжением (тревога, страх, любопытство) и острым чувственным бредом. Во всех указанных случаях, период помрачённого сознания был достаточно краткосрочным, от нескольких часов и до суток, и прекращался вне зависимости оказывалась им медицинская помощь или нет. В дальнейшем, у вышеупомянутых пациентов, развивалась стойкая психотическая симптоматика, при явных нарушениях мышления, на фоне явлений астении или депрессии.

В остальных клинических наблюдениях, дебют заболевания, спровоцированный употреблением курительных смесей и других каннабиоидов, проявлялся значимыми для больных, галлюцинаторными переживаниями, которые в свою очередь имели яркую аффективную окраску (преимущественно маниакальный синдром). В рамках галлюцинаторных переживаний, больные обнаруживали бредовые переживания: бред величия, бред реформаторства, любовный бред.

В контрольной группе, манифестации заболевания (шизофрении), явлений нарушенного сознания не отмечалось. Психические расстройства, даже в рамках шубообразного приступа, формировались в течение нескольких дней и даже недель. Бредовые переживания чаще носили обыденный, бытовой характер (бред особого значения, преследования, отношения), при грубо нарушенном мышлении, сопровождались ложными галлюцинациями (больные слышали голоса звучащие внутри головы, воспринимали звучание мыслей, заявляли о «внутреннем зрении» и т.п.). Весь комплекс синдромов и симптомов, был преимущественно стабильным, вплоть до редукции их, на фоне начатой терапии нейролептиками.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПРОЯВЛЕНИЯ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ КАК ПУТЬ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

С.Н. Голуб, И.Г. Ульянов

Владивостокский ГМУ

E-mail авторов: kovalenkosveta@yahoo.com  
happy-family09@mail.ru

Известно, что невротические расстройства могут возникать вследствие различных психогенных факторов [1], особенно при их длительном и систематическом воздействии. Одним из факторов подобного типа является насилие над женщиной в семье. Ситуация семейного насилия становится кризисным явлением в жизни женщины. Дж. Ка-

план [2] выделяет четыре этапа кризиса: мобилизация привычных способов решения проблем; рост эмоционального напряжения при констатации неэффективности такого реагирования; усиление напряжения с мобилизацией внешних и внутренних резервов; при безуспешности предпринятых усилий - появление тревоги, депрессии, чувства беспомощности, личностной дезорганизованности.

Учитывая, что спектр защитных стратегий у здоровых людей является более эффективным по сравнению с пациентами, имеющими невротические и аддиктивные нарушения [3], то раннее выявление признаков насилия в семье позволяет предотвратить развитие невротических расстройства у женщин, переживающих психологические стрессы.

Диагностика этих проявлений достаточно сложна, и в определенной мере субъективна, поэтому возникает необходимость в разработке оперативных приемов и методов их раннего проявления. С этой целью нами разработан предварительный скрининговый тест-опросник для категории женщин, находящихся в брачных или гражданских отношениях. Основу данного теста составляют вопросы, выявляющие взаимоотношения мужчин и женщин в финансовой, психологической, и сексуальной сферах.

На основе анализа ответов на полученные вопросы диагностируется картина проявлений домашнего насилия по четырем степеням: 1) нет насилия; 2) практически нет признаков насилия; 3) есть признаки насилия; 4) есть существенные признаки насилия.

Для повышения надежности данного скринингового контроля мы также предлагаем анкету самооценки обследуемых женщин о наличии по отношению к ней признаков насилия со стороны ее партнера с учетом длительности семейных отношений (до 1 года, более 1 года, 5-10 лет). Данные пилотные исследования проводились на базе Центра «Счастливая семья» и Медицинского объединения ДВО РАН.

Проведенные пробные тесты позволяют судить о целесообразности такого первичного подхода в анализе данной проблемы, который способствует предотвращению или в дальнейшем уменьшению воздействия психологических факторов на развитие невротических расстройств.

#### **Литература:**

1. Семек В.Я. Психогенез современного общества. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. – 408 с.
2. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина, 1994. Т. 2.
3. Клочко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансспективный анализ). – Томск: Изд-во ТГУ, 2005. – 174 с.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ**

*В.А. Жебентяев, С.А. Игумнов*

Витебский ГМУ, Республика Беларусь  
Республиканский НПЦ психического здоровья,  
г. Минск, Республика Беларусь

Цель работы: разработка программы дифференцированной краткосрочной психотерапии, применимой в комплексном лечении расстройств депрессивного спектра непсихотического уровня на основании изучения клинических и психологических особенностей пациентов.

#### **Материал и методы.**

Обследованы 119 пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня. Методы: клинико-психопатологический, шкала депрессии Гамильтонса, опросник SCL-90, методика NAIF, тест СМИЛ; опросник «Тип личности», опросник «Индекс жизненного стиля»; тест смысложизненных ориентаций.

#### **Результаты и обсуждение.**

Выявлено, что особенности клинических проявлений депрессии и сопутствующих психологических особенностей различаются в зависимости от выраженности и длительности расстройства. При кратковременных депрессивных реакциях тревожно-депрессивной симптоматике сопутствует умеренно выраженная социально-психологическая дезадаптация личности, активизация психологического механизма «отрицания»; при пролонгированных депрессивных реакциях отмечается выраженная и стойкая акцентуация тревожно-уклоняющихся черт личности с выраженной социально-психологической дезадаптацией личности; при депрессивных эпизодах выявлена существенная социально-психологическая дезадаптация личности и депрессивные типологические черты личностной дезадаптации. Доказана эффективность дифференцированной краткосрочной психотерапии в комплексном лечении в краткосрочном и долгосрочном аспектах. Разработаны три программы психотерапии: направленная на: переработку реактивных переживаний, а также коррекцию когнитивных искажений при краткосрочных депрессивных реакциях; мультимодальная коррекция тревожно-уклоняющихся черт личности и ценностно-смысловой сферы при пролонгированных депрессивных реакциях; коррекция ценностно-смысловой сферы при депрессивных эпизодах.

Разработанные программы психотерапии рекомендуется использовать при лечении пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихо-