

компенсаторно-приспособительных механизмов, что позволяет не только лучше понять весь спектр феноменов, связанных как с психосоматической проблематикой, так и с категорией «адаптации», но и помогает выделить ряд специфических компенсаторных механизмов и исследовать тот уровень клинического взаимодействия, который может быть назван приспособительным. Понимание непрерывности приспособительного процесса, определяющей роли компенсаторных механизмов в патогенетической картине заболевания, является принципиальным с точки зрения целесообразности взгляда на соматоформные расстройства в контексте приспособительной деятельности. При этом соматоформная патология выступает как состояние, представляющее собой закономерное сочетание первичных и вторичных приспособительных реакций, а также компенсаторных психосоматических изменений. Таким образом, толкование соматоформных расстройств в русле компенсаторно-приспособительных процессов, позволяет иначе представить проблему их раннего выявления и терапии в связи с задачами психогигиены.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ**

**Зайцев О.С., Максакова О.А., Сиднева Ю.Г., Минаева Г.С., Ильяев Н.П., Кормилицына**

**ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени Н.Н.Бурденко» МЗ РФ  
г. Москва, Россия**

На современном этапе развития нейронаук, в частности, в связи с нарастающими возможностями нейровизуализации, задачи психиатров при курации пациентов с тяжелыми травматическими и опухолевыми поражениями мозга все больше смещаются от диагностических к лечебно-реабилитационным и профилактическим.

Основные усилия должны быть направлены не столько на обнаружение связей между нарушенными функциями и локализацией мозгового повреждения, сколько на выявление и разделение собственно органических и реактивных психопатологических феноменов, при которых пациент нуждается в фармакологической или психологической коррекции.

Весь современный процесс лечения тяжелых поражений мозга направлен не только на сохранение их жизни: он должен обеспечивать максимально возможное сохранение отдельных функций, а также целостность психической деятельности и личности пациента.

Эта цель достигается посредством решения определенных задач на каждом этапе психиатрического сопровождения пациента.

Постановка диагноза, предоперационная подготовка требуют точной и своевременной трактовки психопатологических проявлений основного заболевания. Психиатр должен дифференцировать собственно психопатологиче-

скую симптоматику и реактивные (в том числе, ятрогенные) изменения психического состояния (чаще в виде страхов, тревоги, реакций отчаяния), связанные с недостаточным объемом информации о предстоящем лечении и его возможных последствиях или неадекватным восприятием этой информации, обусловленным когнитивными, культуральными или социальными ограничениями пациента.

Центральной становится роль психиатров при развитии психотического состояния в случаях осложненного течения послеоперационного периода при опухолях головного мозга или в остром периоде тяжелой травмой мозга. Необходимой при этом оказывается не только психофармакотерапия (транквилоноотропы – ноофен, селанк, нейролептики – кветиапин, рисперидон, оланазепин, а также вальпроаты), но и психологические интервенции во время эпизодов возбуждения и агрессии.

Участие психиатров необходимо в реабилитации пациентов, обнаруживающих различную степень негативной психопатологической симптоматики – от бессознательных состояний и спутанности сознания до умеренного когнитивного и эмоционально-личностного снижения. При этом назначение различных нейрометаболических (ноотропных, нейромедиаторных, нейропептидных) препаратов должно сочетаться с психотерапевтической коррекцией.

У пациентов с когнитивными и двигательными нарушениями, возникшими в результате нейрохирургической патологии, нередко возникают тяжелые эмоциональные переживания, обусловленные сложностью принятия своего дефекта, беспокойством по поводу социальных и жизненных перспектив. Эти состояния значительно снижают мотивацию к восстановлению, включенность пациента в процесс реабилитации и требуют психокоррекции, а иногда и фармакотерапии (антидепрессантами, транквилизаторами).

При неосложненном послеоперационном течении (отсутствии функциональных нарушений), но ближайшей перспективе продолжения лечебного процесса (химио-, радиотерапия, профилактическое противосудорожное и другие виды лечения), а также неопределенности прогноза психиатрическое сопровождение необходимо не только для профилактики психических нарушений и облегчения эмоциональных реакций, но и для выстраивания у пациента и его семьи оптимальной стратегии совладания с тяжелым испытанием.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО НАКОПЛЕНИЯ ЖИВОТНЫХ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Замковой С.В.**

**ГБУЗ Московской области «Центральная клиническая психиатрическая больница»**

**г. Москва, Россия**

Патологическое накопительство хорошо известно и описано в отечественной психиатрической литературе, под названиями «симптом Плюшкина» (под которым понимается, патологическое влечение к собиранию и накопли-