

*М. Г. Грищенко, О. В. Мерцалова, В. В. Лазуренко*  
Харківський національний медичний університет (м. Харків)

**Особливості психонейроімунологічних процесів у жінок при безплідді**

У статті наведені дані психонейроімунологічного обстеження статусу 48 жінок, що страждають на безпліддя, обумовлене хронічними запальними захворюваннями органів малого тазу з метою пошуку оптимальних патогенетичних підходів до терапії. Встановлено, що безпліддя супроводжується різними змінами психонейрофізіологічного статусу у вигляді різноманітних невротичних і особистісних розладів у даної категорії пацієнток. Визначені важливі патогенетичні імунологічні аспекти безпліддя на тлі хронічних запальних захворювань органів малого тазу, а також достовірний кореляційний взаємозв'язок встановлених змін.

Визначені перспективи оптимізації тактики ведення пацієнток з безпліддям на підставі нових патогенетичних підходів до питань адекватної терапії порушень адаптивної регуляції репродуктивного здоров'я і відновлення фертильності жінок.

*N. Grishcenko, O. Mertsalova, V. Lazurenko*  
Kharkiv National medical University (Kharkiv)

**Characteristic of psychological and immunological processes of infertility women**

In the article there are information of results of psychological and immunological diagnostic of women with infertility conditioned by the chronic inflammatory diseases of organs of small pelvis with the purpose of search of optimum patogenetic approaches to therapy. In all cases was identified mental violations. The conclusion was made about necessity of psychotherapy in combination with methods of restoring fertility to women.

The important patogenetic immunological aspects of infertility are certain on a background the chronic inflammatory diseases of organs of small pelvis, and also reliable correlation intercommunication of the set changes.

The prospects of optimization of tactic of conduct of patients are certain with infertility on the basis of new patogenetic approaches to the questions of adequate therapy of violations of the adaptive adjusting of reproductive health and renewal of women fertility.

УДК 616.89-008.485-053.6:616.831]-085.851+615.214

*И. Б. Даценко, д-р мед. наук, проф. каф. невропатологии и детской неврологии ХМАПО, И. В. Харченко, врач высшей категории, детский психиатр консультативного отделения ЦКБ УЗ*  
Харьковская медицинская академия последипломного образования;  
Центральная клиническая больница «Укрзалізниці» (г. Харьков)

**ПОТЕНЦИРУЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ**

Подробно освещена разработанная авторами система комплексного использования медикаментозных и немедикаментозных методов для коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по органическому типу. Показан высокий терапевтический эффект использования системы.

*Ключевые слова:* подростки, нарушение формирования личности, психотерапия, абилитация.

В настоящее время лечебно-реабилитационные мероприятия строятся по системному принципу, включая комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов [1]. Универсальным методом в таких комплексных системах является психотерапия. При этом психотерапия может использоваться как ведущий, так и как потенцирующий метод.

Потенцирующая психотерапия, как известно, способствует усилению лечебного воздействия [2—4]. Потенцирующая психотерапия направлена, во-первых, на потенцирование лечебного воздействия (препарата или физиотерапевтического фактора); во-вторых, на дезактуализацию побочного действия примененного средства (в тех случаях, когда его невозможно устранить). Этот метод воздействия включает косвенное внушение, внушение наяву, воздействие на установку, мотивацию, условный рефлекс [2—4]. Косвенное внушение, в отличие от прямого, оказывает скрытое действие и связано не только со смыслом внушаемых слов, но и с предметом (лекарство, процедуры, режим и т. п.), в отношении которого внушаемое должно реализовываться. Преимущество потенцирующей психотерапии

заключается в том, что ее можно проводить в любых условиях, в любое время, в необходимом объеме.

Наряду с этим, в последние годы в системе мероприятий охраны здоровья, наряду с понятием реабилитации, все большее распространение начинает приобретать понятие абилитации (становления), в частности, при врожденных или приобретенных в раннем детстве заболеваниях [5]. Медицинская реабилитация, как известно, должна быть направлена на восстановление здоровья пациентов, а у детей и подростков — обеспечивать также развитие всех систем организма, предупреждая задержку роста и развития. При врожденных или приобретенных в раннем детстве заболеваниях реабилитация по существу представляет собой абилитацию, которая имеет целью становление, а не восстановление, физических и психоэмоциональных функций ребенка, подростка [5].

Абилитация должна начинаться с момента возникновения заболевания, травмы, дефекта развития и приводить к стойкой компенсации имеющихся у пациента патологических отклонений.

Роль абилитации как нового направления в развитии здравоохранения Украины состоит в обучении человека методам решения возникающих со здоровьем проблем с учетом информации об органах и системах своего организма в их взаимосвязи и взаимодействии; абилитация включает в себя не только лечение, но и предотвращение возникновения заболевания, предупреждение осложнений и последующих расстройств и интегрирует возможности реабилитации медицинской, психологической, социально-трудовой и т. д. [6].

Все вышеизложенное определило необходимость проведения настоящего исследования, целью которого

© Даценко И. Б., Харченко И. В., 2011

явилось улучшение результатов абилитации подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности.

Было проведено изучение 259 подростков мужского пола с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческими расстройствами в возрасте от 10 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в детском психоневрологическом отделении Центральной клинической больницы УЗ.

Обследуемые были распределены на две группы. Первую составили 209 подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по органическому типу, в анамнезе которых имели место различные пренатальные и/или перинатальные патогенные факторы. Контрольную группу составили 50 подростков того же возраста, которые не имели эмоционально-поведенческих расстройств.

Использовались диагностические критерии МКБ-10. Обследование включало в себя клиническое исследование, изучение психологических, социально-психологических и биологических аспектов психического здоровья.

Исследование психического состояния подростков с мозговой дисфункцией позволило выделить два основных варианта типов нарушения личности:

I. Типы нарушения формирования личности возбудимого круга ( $67 \pm 1,1$  %): 1) лабильный ( $42 \pm 3$  %); 2) агрессивный ( $30 \pm 3$  %); 3) сексуально-фиксированный ( $14 \pm 3$  %); 4) расторможенный ( $10 \pm 3$  %); 5) истероидный ( $4 \pm 2$  %).

II. Типы нарушения формирования личности тормозного круга ( $33 \pm 1,1$  %): 1) апатический ( $69 \pm 6$  %); 2) шизоидный ( $18 \pm 5$  %); 3) параноидный ( $13 \pm 4$  %).

Психодиагностическое обследование показало, что у всех подростков с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческими расстройствами имеются явно выраженные акцентуации характера, чаще всего лабильного, астено-невротического и epileptoидного, реже гипертимного, шизоидного и истероидного типов.

Нами обнаружена четкая зависимость типа формирующегося у больного расстройства личности от типа имеющейся у него акцентуации характера. Epileptoидная акцентуация во всех случаях трансформируется в агрессивное, астено-невротическая у всех обследованных — в апатическое, гипертимная — в расторможенное ( $50 \pm 9$  %), реже в сексуально-фиксированное ( $47 \pm 9$  %) и в единичных случаях — в лабильное расстройство личности. Лабильная акцентуация характера почти всегда ( $96 \pm 3$  %) трансформируется в лабильный, шизоидная — в шизоидный ( $48 \pm 10$  %), реже ( $33 \pm 9$  %) в параноидный, в ряде случаев ( $18 \pm 8$  %) — в сексуально-фиксированный, истероидная во всех случаях — в истероидный тип расстройства личности.

Были выделены основные патогенетические механизмы развития нарушения формирования личности по органическому типу и проведена их уровневая стратификация по следующим уровням:

I. Нейробиологический, детерминированный неспецифической органической предрасположенностью.

II. Социальный, представленный микросоциальными и макросоциальными факторами.

III. Психологический, отражающий индивидуально-психологические характеристики, эмоциональное состояние, отношение к своей болезни, полоролевое поведение, особенности психосексуального развития.

Уровневая стратификация механизмов нарушения формирования личности подростков с мозговой дисфункцией явилась обоснованием разработанной нами и соответственно организованной системы абилитации таких пациентов, которая адресуется к каждому выделенному уровню.

Разработанная система предусматривает, что абилитация подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности базируется на принятых в современной психотерапии принципах системности, комплексности, дифференцированности, индивидуализации, этапности, последовательности, преемственности и достаточной продолжительности проводимых лечебных мероприятий.

В целом система абилитационных мероприятий состоит, с одной стороны, из биологической составляющей, т. е. медикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК и т. д., потенцируемых психотерапевтическими методами и направленными на компенсацию имеющейся у подростков резидуальной патологии и эмоционально-поведенческих расстройств, с другой стороны — из психотерапевтической коррекции, задачей которой является нормализация эмоционального состояния и межличностных отношений, адаптация пациентов в семье и социуме.

В соответствии с четырехкомпонентной структурой межличностного взаимодействия, система психотерапии подростков состоит из четырех компонентов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), конативного (поведенческого) и личностного и адресуется к трем подсистемам личности — интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной.

Обязательным компонентом этой системы была семейная психотерапия, поскольку коррекция эмоционально-поведенческих расстройств и нарушений формирования личности у подростков по определению может быть успешной лишь при условии ее проведения пациентам и их родителям или близким родственникам [1, 7, 8].

Мы придерживались схемы психотерапевтического потенцирования медикаментозных средств по А. Т. Филатову [2, 3]. В соответствии с этой схемой до назначения медикамента проводятся: 1) изучение оценочных суждений больного о медикаменте, который врач намерен назначить; 2) эмоциональная настройка больного на назначенное лечение; формирование «реакции ожидания»; потенцирование целебного воздействия; в процессе лечения — дезактуализация побочного действия препаратов. И до лечения, и во время лечения врачом и средним медперсоналом осуществляются аксиологическая переориентация значимости для больного побочного действия медикамента, выявление эгротогений и их коррекция, формируется лечебная перспектива.

Мы применяли этот метод в период пребывания наших пациентов в стационаре. Основой потенцирующей психотерапии было косвенное внушение, проводимое с целью убедить подростков в необходимости лечения и вселить уверенность в эффективности проводимой им лекарственной терапии, физиотерапевтического и психотерапевтического воздействия.

Перед назначением медикаментозного препарата выясняли отношение к нему подростка. Оно могло быть положительным, индифферентным или отрицательным. При сложившемся положительном отношении пациента к назначенному лечению процесс потенцирования

проходив значительно успешнее. При индифферентном отношении к предполагаемому лечению мы проводили психологическую настройку на выбранные нами вид и форму медикаментозной терапии. Если подросток отрицательно относился к предлагаемому лечению, выясняли причины негативизма и его устойчивость. Если подросток ранее принимал предлагаемое лечение и у него сложилось отрицательное отношение к нему, использовали другой эффективный препарат либо другие формы или способы введения ранее назначавшегося средства.

Психологически настраивая пациента на то или иное средство лечения, мы принимали во внимание его отношение к этому средству и проводили рациональную (разъяснительную) психотерапию, объясняя целесообразность и эффективность приема лекарственного препарата, приводя примеры эффективного лечения подростков с аналогичными нарушениями и таким образом формировали реакцию ожидания.

Потенцирование методов лечения начинали уже на первом приеме, используя предварительно выясненные у родителей пациента данные: получал ли подросток ранее лечение, которое будет проведено; как он настроен к проведению лечения; на основании какой информации у него сложилось мнение о лечении; какие методы лечения были для него эффективны и принесли облегчение.

После этого мы проводили внушение наяву, используя формулы примерно следующего содержания: «Назначенные тебе препараты и физиопроцедуры очень эффективны именно при твоём заболевании. Благодаря им твоё состояние улучшится, ты станешь спокойнее, не будет головных болей, улучшится настроение, наладятся хорошие отношения с родителями (друзьями)». Внушение проводили негромко, эмоционально, уверенно и доброжелательно.

Потенцирование конкретных медикаментозных средств и физиотерапии можно проводить не только индивидуально, но и в группе. Мы составляли группу больных с тем или иным заболеванием, получающих примерно одинаковые лечебные комплексы.

Сложный, многокомпонентный патогенез эмоционально-поведенческих и личностных нарушений у подростков с мозговой дисфункцией и полиморфный характер их клинических проявлений определяли необходимость проведения комплексного лечения с учетом тяжести этих расстройств. Оно включало в себя ряд обязательных компонентов (ноотропная терапия, седативные средства, нейролептики, антидепрессанты и т. д.), причем по показаниям объем лечения мог быть расширен с учетом основного клинико-неврологического синдрома.

В литературе мы не встретили четких рекомендаций по медикаментозному лечению подростков с мозговой дисфункцией, эмоционально-поведенческими расстройствами и нарушением формирования личности. По мере накопления собственного клинического опыта нами была изучена эффективность рекомендуемых разными авторами отдельных лечебных мероприятий [9—11]. Эти данные были использованы нами при разработке системы реабилитации подростков с изучаемой патологией и программ их терапии, которая корректируется в соответствии с индивидуальными особенностями эмоционально-поведенческих расстройств и выраженности имеющегося у пациентов симптомокомплекса.

Учитывая имеющиеся у пациентов с мозговой дисфункцией цефалгический и гидроцефальный синдромы и синдром вегетативной дистонии, мы назначали в качестве обязательной составляющей проводимой терапии следующие группы ноотропных препаратов:

— препараты с доминирующим мнестическим эффектом, или «истинные ноотропы»: пирролидоновые ноотропы (рацетамы) — пирацетам, луцетам; холинэргические вещества — сомазину, цераксон, глатилин; нейропептиды и их аналоги — семакс; вещества, влияющие на систему возбуждающих аминокислот — глицин, глутаминовая кислота;

— ноотропные препараты смешанного типа (нейропротекторы): активаторы метаболизма мозга — карнитин; вещества, влияющие на систему гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) — аминалон, гаммалон, пикамилон, ноофен, производные гомопантотеновой кислоты (пантогам, кальция гопантенат, пантокальцин); антиоксиданты — приритинол (энцефабол), мексидол; церебральные вазодилататоры или вазотропные средства — винпоцетин, кавинтон; антагонисты кальция — циннаризин.

Препараты этих групп назначали дифференцированно, с учетом типа нарушения формирования личности и выраженности неврологического дефицита.

У подростков с проявлениями расторможенности, импульсивности, возбудимости, неустойчивостью настроения (138 пациентов,  $66 \pm 3\%$ ) мы предпочитали использовать ноофен, кальция гопантенат или его аналоги, которые помимо ноотропного действия (коррекции нарушений памяти и внимания), способствуют уменьшению моторной возбудимости, импульсивности и одновременно — упорядоченности поведения, повышению работоспособности и умственной активности, сочетая умеренное седативное действие с мягким стимулирующим эффектом.

Подросткам с нарушением формирования личности тормозного круга (71 пациент,  $34 \pm 3\%$ ) назначали преимущественно ноотропил, энцефабол, семакс, которые, по нашему мнению, эффективны при любых астенических и депрессивных состояниях. Однако у 5 человек из этой группы ( $15 \pm 6\%$ ) мы наблюдали побочные эффекты при приеме ноотропила, связанные с возбуждающим действием этого препарата или индивидуальной рефрактерностью к нему.

Разработанная нами индивидуальная программа реабилитации содержит сведения о семье, перинатальном периоде и последующем развитии ребенка, данные из истории болезни о психическом статусе больного, результаты дополнительных исследований, уточняющие диагноз основного и сопутствующих заболеваний, степень компенсации (декомпенсации) функций, индивидуальные особенности (аллергические, невротические реакции, ретардация развития и др.). На основании этих сведений приводятся конкретные указания по использованию методов, сроков и других условий лечения на разных его этапах.

При наличии у пациентов когнитивных нарушений (трудностей обучения, снижения памяти, внимания) в отдельные курсы дифференцированного лечения мы дополнительно включали препараты нейромодуляторного, нейротрофического и нейротрансмиссерного действия (нейрометаболиты):

♦ глицин, действующий преимущественно на систему возбуждающих аминокислот, назначали подросткам (98 пациентов,  $47 \pm 4\%$ ) с нарушением формирования

личности возбуждимого круга; глиатилин (холинергический препарат), оказавший хороший метаболический и нейропротекторный эффект у 16 ( $9 \pm 4$  %) наших пациентов; оценка их состояния после лечения этим препаратом показала его высокую эффективность при когнитивных расстройствах и менее значимое действие в отношении гиперактивности; существенного регресса импульсивности мы не отметили;

♦ цитиколин (группа холинергических препаратов — сомазина, цераксон), оказавшийся достаточно эффективным у подростков с когнитивными нарушениями без усиления гиперактивности или импульсивности;

♦ семакс, церебролизин, актовегин (группа нейропептидов).

При выборе психотропных средств мы исходили из клинических проявлений эмоционально-поведенческих расстройств у наших пациентов. При наличии тревожного расстройства мы назначали фитотранквилизаторы (препараты валерианы, пустырника, боярышника), антидепрессанты — амитриптилин (триптизол), анафранил (кломипрамин), азафен, пациентам старше 15 лет — коаксил; при сочетании тревоги с расстройствами сна — амитриптилин самостоятельно или в сочетании с феназепамом, радедором, нервохеелем.

При преобладании у пациентов депрессивных симптомов — тоскливого настроения, подавленности, апатии, фиксации на психотравмирующей ситуации — использовали мягкий растительный антидепрессант деприм (зверобой перфорированный) или антидепрессанты анафранил (кломипрамин), мелипрамин, пиразидол, флуоксетин. В тех случаях, когда у больных на первый план в клинической картине выступали соматоформные расстройства, мы предпочитали комбинирование антидепрессанта преимущественно седативного действия амитриптилина с нейролептиком сульпиридом.

У части находившихся под нашим наблюдением подростков (68, или  $32 \pm 3$  %) в комплексной терапии расстройств поведения использовали современные антиэпилептические препараты: финлепсин-ретард, конвульсофин, депакин-хроно, ламиктал. При их длительном применении мы не наблюдали у пациентов заторможенности, обеднения эмоций, снижения памяти, которые возможны при использовании даже мягких нейролептиков. Об эффективности назначенных препаратов свидетельствовали улучшение адаптации в среде сверстников, снижение числа и выраженности или полное исчезновение аффективных всплесков и проявлений агрессии, редукция импульсивности, проявлений несоциализированного и социализированного расстройств поведения.

При дисфорических эпизодах препаратами выбора для нас были феназепам или «поведенческие» нейролептики (неулептил, хлорпротиксен, соннапакс).

При субдепрессии и скрытой депрессии у младших подростков (от 10 до 12 лет) для достижения необходимого клинического эффекта у 23 пациентов ( $12 \pm 3$  %) было достаточно назначения препаратов растительного происхождения, обладающих антидепрессивными свойствами — препарата деприм, адаптогенов — экстракта элеутерококка, настойки заманихи, настойки лимонника, которые оказывают модулирующее действие. Клинически более эффективно сочетание этих средств с седативными препаратами растительного происхождения (фитотранквилизаторы валериана и пустырник). Обычно применяли в соответствующих возрасту дозах адаптоген и седативное средство. При недостаточной

эффективности (при контроле через 10—14 дней) проводимого лечения объем лекарственной терапии расширяли, назначая дополнительно один из антидепрессантов со слабым седативным или стимулирующим без холинолитического компонента действием: азафен, оказывающий активирующее действие, и пиразидол (нормазидол), в малых дозах оказывающий тимолептическое и активирующее, в больших — тимолептическое и седативное действие, в сочетании с транквилизаторами, в основном дневного действия, — мебикаром, мезапапом, иногда седуксеном (реланиумом).

У более старших подростков — от 13 до 16 лет применяли те же антидепрессанты и транквилизаторы, но в больших дозах.

Если в клинической картине заболевания преобладали явления астении, раздражительной слабости в сочетании со сниженным фоном настроения, назначали ноотропил, пиридитол (энцефабол), малые дозы таких нейролептиков, как сульпирид и френолон; иногда их комбинировали с антидепрессантами стимулирующего действия (мелипрамин).

При смешанном, астено-тревожном варианте депрессии из антидепрессантов использовали в основном пиразидол и азафен с добавлением адаптогенов, транквилизаторов и ноотропных средств; при тревожно-тоскливом — амитриптилин и мелипрамин с транквилизаторами и ноотропными препаратами седативного действия в возрастных дозах. При истерических проявлениях назначали транквилизаторы (гидазепам, мезапам), нейролептики (сонапакс или неулептил), при ипохондрических — пиразидол (нормазидол) в малых дозах.

При лечении вегетативных нарушений и смешанных вариантов синдрома вегетативной дистонии, по нашим данным, наиболее эффективны сочетания ноофена, глицина, белласпона (беллатаминала), которые оказывают нормализующее действие на оба отдела вегетативной нервной системы. Этим препаратам присуща одновременно адрено- и холинолитическая активность. При выявлении у наших пациентов симпатикотонии и сниженной или извращенной вегетативной реактивности мы использовали из транквилизаторов производные бензодиазепина, которые обладают также вегетотропными свойствами: тазепам и элениум. Эти препараты мы не назначали пациентам с исходным ваготоническим тонусом ВНС и недостаточной вегетативной реактивностью в сочетании со склонностью к артериальной гипотонии, у которых они оказались неэффективными.

При наличии ваготонии у подростков из транквилизаторов мы применяли амизил, обладающий М-холинолитическим (антисеротониновым) центральным действием, препараты общеседативного типа, средства, ингибирующие вагусные реакции (платифиллин). Повышение уровня адренергических механизмов при ваготонических состояниях определяет, по нашим наблюдениям, целесообразность назначения антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, особенно сбалансированного действия (сертралин, золофт, стимулотон).

При наличии у подростков с мозговой дисфункцией пароксизмов симпатоадреналового типа мы использовали  $\alpha$ -адреноблокатор пирроксан, аминокислотный препарат глицин, ноофен, адаптол, оказывающие вегетостабилзирующее действие, легкий антидепрессант деприм и магне-В<sub>6</sub>.

Показателем терапевтической эффективности стимуляторов ЦНС мы считали улучшение поведения

пациентов, их эмоционального состояния. Проведение системы психотерапии, потенцирующей медикаментозное лечение, и психотерапевтической коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по органическому типу позволило получить следующий терапевтический эффект. Наиболее высокие непосредственные результаты лечения были достигнуты у пациентов с лабильным, апатическим, несколько реже — с параноидным и сексуально-фиксированным типами нарушения формирования личности. Значительно более низким был терапевтический эффект у расторможенных, агрессивных, истероидных и особенно — у шизоидных подростков, у которых чаще всего не удавалось достигнуть лечебного эффекта. У этих же пациентов было и наибольшее количество рецидивов (т. е. декомпенсации эмоционально-поведенческих расстройств), потребовавших повторения курса лечения в условиях стационара. Столь же нестойкими оказались результаты абилитации у лабильных и параноидных подростков, у которых непосредственный терапевтический эффект был достаточно высоким. В целом разработанная система абилитации подростков с мозговой дисфункцией дала возможность получить хорошей непосредственный терапевтический эффект у подавляющего большинства —  $81 \pm 0,8\%$  из них, причем у  $5 \pm 1,1\%$  — весьма высокий эффект. Однако отдаленные результаты абилитации, связанные с отрицательным воздействием микросоциальных и социальных факторов, оказались более низкими: через 2 года терапевтический эффект составил  $61 \pm 1,1\%$ .

Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы.

В процессе лечения у большинства подростков уменьшалась выраженность астенических симптомов, отмечалось преодоление тревожности, страхов и навязчивостей, регрессировали и клинические проявления психосоматических нарушений; одновременно с этим мы наблюдали улучшение характеристик внимания, регресс эмоционально-волевых нарушений, проявлений агрессивности и реакций оппозиции.

Применение лечебно-абилитационной системы, построенной на сочетании фармакотерапии и психотерапии, дает максимально возможный результат как по медицинским критериям, так и по критериям восстановления уровня социального функционирования подростков.

Разработанные концептуальные положения организации дифференцированной системы абилитации подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности могут быть эффективными только при условии сотрудничества, взаимопонимания и обоюдной заинтересованности семьи подростка, лечащих врачей (детского невролога, детского психиатра и медицинского психолога), школы и общества в целом.

#### Список литературы

1. Михайлов, Б. В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских заведений III—IV уровней аккредитации / Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунов В. В.]. — Харьков: Око, 2002. — 768 с.
2. Филатов, А. Т. Малая психотерапия на курорте / [А. Т. Филатов, В. К. Мартыненко и др.]; [под ред. А. Т. Филатова]. — Киев: Здоров'я, 1983. — 56 с.
3. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. — М.: Медицина, 1985. — 3004 с.
4. Мартыненко, А. А. Малая психотерапия при лечении больных сахарным диабетом в условиях курорта: [метод. рекоменд.] / А. А. Мартыненко. — Харьков; Берминводы, 1982. — 36 с.
5. Медицинская реабилитация. Т. III. [под ред. акад. РАМН, проф. В. М. Боголюбова]. — Москва; Пермь: ИПК Звезда, 1989. — 594 с.
6. Пίδαев, А. В. Актуальные проблемы реабилитации и абилитации / А. В. Пίδαев, И. И. Кутько, О. А. Панченко // Реабилитация и абилитация человека. Интегративно-информационные технологии: [сб. научн. работ]; [под ред. В. Н. Казакова]. — Киев: КВІЦ, 2004. — С. 8—18.
7. Даценко, И. Б. Система психотерапии подростков с нарушением формирования личности по органическому типу / И. Б. Даценко // Медицинская психология. — 2006. — Т. 1, № 3. — С. 37—41.
8. Даценко, И. Б. Стратегия и тактика психотерапии нарушений формирования личности по органическому типу у подростков с мозговой дисфункцией / И. Б. Даценко // Медицинская психология. — 2007. — Т. 2, № 1. — С. 30—37.
9. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / [В. А. Гурьева, Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин и др.]; под ред. В. А. Гурьевой. — М.: Мед. информ. агентство, 2007. — 488 с.
10. Кузнецов, В. М. Терапія, медико-соціальна корекція та профілактика афективних психічних розладів у дітей і підлітків з церебральною резидуально-органічною недостатністю / В. М. Кузнецов // Архів психіатрії. — 2003. — Т. 9, № 1 (32). — С. 107—108.
11. Можгинский, Ю. Б. Психические болезни у подростков: психопатология, лечение: клин. руков. / Ю. Б. Можгинский. — М.: Триада-фарм, 2003. — 224 с.

Надійшла до редакції 07.09.2011 р.

*I. B. Datsenko, I. V. Kharchenko*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
Центральна клінічна лікарня «Укрзалізниці» (м. Харків)*

#### **Потенціуюча психотерапія та медикаментозна корекція емоційно-поведінкових розладів у підлітків із мозковою дисфункцією та порушенням формування особистості**

Докладно висвітлено розроблену авторами систему комплексного застосування медикаментозних та немедикаментозних методів для корекції емоційно-поведінкових розладів у підлітків із мозковою дисфункцією та порушенням формування особистості за органічним типом. Показано досить високий терапевтичний ефект використання системи.

*Ключові слова:* підлітки, порушення формування особистості, органічний тип, психотерапія, абілітація.

*I. B. Datsenko, I. V. Kharchenko*

*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,  
Central Clinical Hospital UR  
(Kharkiv)*

#### **Potentiating psychotherapy and pharmacotherapeutic correction of emotional-behavior disorders in adolescents with brain dysfunction and personality formation violation**

The worked out by the authors system of complex pharmacotherapeutic and non-pharmacotherapeutic methods application for emotional-behavior disorders correction in adolescents with brain dysfunction and personality formation violation according to organic type was elucidated in details. High therapeutic effect of the system application was demonstrated.

*Key words:* adolescents, personality formation violation, psychotherapy, abilitation.